



QUALITY MANAGEMENT

Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie
e il Dipartimento delle Dipendenze

In collaborazione con:

School of Public Health - University of Illinois - Chicago

CNR - Consiglio Nazionale delle Ricerche - Istituto di Epimediologia
biostatistica

ISS - Istituto Superiore della Sanità

Akademia - Accademia Europea studi e ricerche in medicina preventiva
e comunitaria

CIDITECH - Public Health Information Technology

Da sempre la ricerca del miglioramento continuo della qualità è stato per la Regione Veneto un impegno irrinunciabile nella programmazione dei servizi sociosanitari. Anche nella riorganizzazione del sistema delle dipendenze la Regione del Veneto ha sentito l'esigenza di introdurre tecniche e metodologie in grado di far aumentare la qualità dei Sert e delle Comunità terapeutiche.

A tal fine il sistema che si vuole introdurre viene centrato sul concetto di qualità da attuarsi e valutarci mediante l'utilizzo di moderne tecniche di programmazione e controllo. Esse dovranno basare la loro operatività su metodologie scientifiche in grado di assicurare il buon esito degli interventi e la loro affidabilità. L'obiettivo finale di questo percorso, quindi, vuole essere quello di fare in modo che il sistema nel suo complesso cresca e maturi un nuovo stile di lavoro in grado di affrontare e gestire i veri problemi delle persone tossicodipendenti e delle loro famiglie. Tutto questo impostando interventi sempre più mirati e selezionati nella loro efficacia soprattutto per quanto riguarda il recupero globale della persona ed il suo reinserimento sociale, lavorativo e familiare. A questo proposito si vogliono in primis coinvolgere gli operatori di tutto il sistema delle dipendenze per dare loro la possibilità di attuare i processi assistenziali in modo equanime e uniforme creando vere e proprie reti di collegamento attivo tra Servizi, Comunità e Volontariato.

Antonio De Poli

Assessore alle Politiche Sociali e Non Profit

ISDN



Giovanni Serpelloni
Elisabetta Simeoni
Lorenzo Rampazzo

QUALITY MANAGEMENT
Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie
e il Dipartimento delle Dipendenze



QUALITY MANAGEMENT

Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie
e il Dipartimento delle Dipendenze

Regione Veneto
Progetto del Ministero della Salute
e del Coordinamento delle Regioni

QUALITY MANAGEMENT

Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie
e il Dipartimento delle Dipendenze

A cura di
Giovanni Serpelloni
Elisabetta Simeoni
Lorenzo Rampazzo

Regione Veneto

Assessorato alle Politiche Sociali e Non Profit

Assessore Antonio De Poli

Progetto del Ministero della Salute
e del Coordinamento delle Regioni

Edizioni
La Grafica

QUALITY MANAGEMENT

Indicazioni per le Aziende Socio Sanitarie
e il Dipartimento delle Dipendenze

Regione Veneto

Assessorato alle Politiche Sociali e Non Profit
Assessore Antonio De Poli

A cura di:

Giovanni Serpelloni
Direzione del Dipartimento delle Dipendenze
Azienda ULSS 20 Verona

Elisabetta Simeoni
UPM (Unità di Project Management)
Dipartimento delle Dipendenze
ULSS 20 Verona

Lorenzo Rampazzo
Coordinamento Regionale
Servizio Prevenzione delle Devianze.
Direzione dei Servizi Sociali
Regione Veneto

Pubblicazione "no profit", finalizzata esclusivamente alla formazione degli operatori.

Tutti i diritti riservati

Vietata la vendita

Realizzato nell'ambito del progetto TQM1 E TQM2000 della Regione Veneto, progetto MCQ del Ministero della Salute e del Coordinamento delle Regioni, e Piano di Formazione Tossicodipendenze (PFT) delle Regione Veneto

Per richieste:

Dr. Giovanni Serpelloni
Direzione del Dipartimento delle Dipendenze
Azienda ULSS 20 Verona
Via Germania, 20 – 37136 VERONA
Telefono 045 8622235 Fax 045 8622239
e-mail: gserpelloni@ifinet.it

L'intero manuale è scaricabile in formato elettronico dal portale www.dronet.org nell'area biblioteca

La responsabilità dei dati scientifici e dei contenuti degli articoli è dei singoli autori

Impostazione grafica: Maximiliano Maroccola

Stampato in Italia, 2002

*Da un certo punto in avanti non c'è più modo di tornare indietro.
È quello il punto al quale si deve arrivare.*

Franz Kafka

AUTORI

Franco Aldegheri

Dipartimento delle Dipendenze
SerT 1
Azienda ULSS 20 Verona

Eramanno Ancona

Web Division
Dipartimento delle Dipendenze
Azienda ULSS 20 Verona

Maria Elena Bertani

Progetto Dronet del Ministero
della Salute e Coordinamento
delle Regioni

Corrado Bettero

CIDITECH
Public Health Information
Tecnology

Oliviero Bosco

Sezione Screening HIV
Azienda ULSS. 20 Verona

Sante Bressan

Direzione per i Servizi Sociali
Regione Veneto

Francesco Bricolo

Dipartimento delle Dipendenze
SerT 1
Azienda ULSS 20 Verona

Mario Cruciani

Sezione Screening HIV
Centro di Medicina Preventiva
Azienda ULSS 20 Verona

Monica De Angeli

Progetto Dronet del Ministero
della Salute e Coordinamento
delle Regioni

Antonio De Poli

Assessorato alle Politiche Sociali
e non profit
Regione Veneto

Daniele Gibbin

CIDITECH
Public Health Information
Tecnology

Maurizio Gomma

Dipartimento delle Dipendenze
Azienda ULSS 20 Verona

Arden Handler

School of Public Health
University of Illinois – Chicago

Michele Issel

School of Public Health
University of Illinois – Chicago

Teodora Macchia

Direzione reparto “Sostanze di
Abuso”
Laboratorio di Biochimica Clinica
Istituto Superiore di Sanità.
Roma

Massimo Margiotta

Progetto Ancos del Ministero
della Salute e Coordinamento
delle Regioni

Fabio Mariani

Sezione di epidemiologia e
ricerca sui servizi sanitari
Istituto di Fisiologia Clinica
CNR Consiglio Nazionale di
ricerca Pisa

Maximiliano Maroccola

Progetto Ancos del Ministero
della Salute e Coordinamento
delle Regioni

George Newman

NISPE
University of California

Giovanni Nicoletti

Ministero della Salute

Roberto Pirastu

Dipartimento delle Dipendenze
ALS Carbonia

Lorenzo Rampazzo

Coordinamento Regionale
Direzione per i Servizi Sociali
Regione Veneto

Giovanni Serpelloni

Direzione del Dipartimento delle
Dipendenze
Azienda ULSS 20 Verona

Elisabetta Simeoni

UPM (Unità di Project
Management)
Dipartimento delle Dipendenze
Azienda ULSS 20 Verona

Bernard Turnock

School of Public Health
University of Illinois – Chicago

Monica Zermiani

Sezione Screening HIV
Centro di Medicina Preventiva
Azienda ULSS 20 Verona

Un ringraziamento particolare va al Direttore Generale dell'Azienda ULSS n.20 di Verona, Dr. Valerio Alberti che ha reso possibile la realizzazione di questo manuale e delle attività di progetto, e a tutti i funzionari Regionali e dell' Azienda ULSS 20 che nel tempo ci hanno ben supportato nel nostro lavoro.

INDICE

ASPETTI GENERALI

PER UNA NUOVA POLITICA SULLE TOSSICODIPENDENZE, ORIENTATA ALLA QUALITÀ E ALL'INTEGRAZIONE

Antonio De Poli

Premesse

Priorità nel campo delle dipendenze

La nuova vision

Caratteristiche generali per il nuovo piano regionale delle dipendenze e i dieci criteri di qualità (vincoli per la realizzazione)

I dieci principi generali delle politiche e delle strategie di intervento

I diritti e la responsabilità della persona e i valori da promuovere e proteggere

PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN MATERIA DI DIPENDENZE DA SOSTANZE

Sante Bressan

UNA STRUTTURA CONCETTUALE PER MISURARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA PUBBLICA

Arden Handler, Michele Issel, Bernard Turnock

Premesse

Introduzione

I componenti del sistema

Bibliografia

COMPETENZE DI BASE PER I DIRETTORI DEI DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE: ANALISI DEI BISOGNI E STRUMENTI DI SUPPORTO

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, George Newman

Introduzione

Sette principi di base

Principali competenze attese per i responsabili di U.O. (Dipartimento delle Dipendenze)

Una riorganizzazione possibile

Conclusioni

Bibliografia

L'IMPORTANZA DELLA DIMENSIONE EPIDEMIOLOGICA DEI PROBLEMI NELLA DEFINIZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI PREVENTIVE ED ASSISTENZIALI NELLE DIPENDENZE

Fabio Mariani

La dimensione epidemiologica

Bibliografia

QUALITY MANAGEMENT E PRINCIPI PER LA VALUTAZIONE APPLICATI AL SISTEMA DI EROGAZIONE DEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni

Introduzione

Le diverse prospettive

Un modello globale di misurazione/valutazione della qualità degli interventi assistenziali: le 10 dimensioni

Il managed care model (MCM)

Aree di valutazione (l'unità operativa, le persone da assistere)

Conclusioni

Bibliografia

PRINCIPI SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA PUBBLICA

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni

Introduzione

La definizione di azienda sanitaria

La gerarchia degli obiettivi

La finalità

il concetto di economicità

La visione sistemica

Visioni meccanicistiche

Visione sistemica contingente (organica)

Il "sistema" azienda: ambiente esterno e relazioni

Fattori determinanti per il successo di una azienda sanitaria

Variabili per la lettura sistemica

I cinque meccanismi di coordinamento

Le cinque parti dell'organizzazione

Conclusioni

Bibliografia

ASPETTI CLINICI

LA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME DEI TRATTAMENTI DELLE TOSSICODIPENDENZE NELLA PRATICA CLINICA

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni

Introduzione

La valutazione dell'outcome nei trattamenti delle tossicodipendenze: modello concettuale ed indicatori nella pratica clinica

Specifiche dei macro indicatori

La scelta delle modalità di raccolta dati

Il modello di timing osservazionale

L'applicazione informatica MFP © e la valutazione dell'outcome nella pratica clinica

Conclusioni

Bibliografia

UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA SULL'OUTCOME NELLE TOSSICODIPENDENZE

Monica De Angeli

Introduzione

La ricerca DARP: Drug Abuse Reporting Programme

La ricerca TOPS (Treatment Outcome Prospective Study)

La ricerca "The Six Cities Methadone Maintenance Evaluation"

La ricerca DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Study)

La ricerca NTORS: National Treatment Outcome Research Study

I risultati generali

Appendice A

La ricerca DATOS (Drug Abuse Treatment Outcome Study)

Bibliografia

LA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO: QUALITÀ E GESTIONE DELLA SPESA

Teodora Macchia

La Diagnostica di Laboratorio

Budgeting e Laboratorio

Conclusioni

Bibliografia

IL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE: INDICAZIONI E LINEE TECNICHE

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Lorenzo Rampazzo

Premesse

Considerazioni di base

Le nuove tendenze organizzative:

I Gruppi di lavoro

Collaborazioni con altri dipartimenti

Altre specifiche

Le comunità terapeutiche

I Medici di Medicina Generale

Nuove necessità

Il budget: sistema di programmazione e controllo

Rapporti tra distretto e Dipartimento

Conclusioni

Bibliografia

IL MANAGEMENT DI SE STESSI E DEGLI ALTRI

Lorenzo Rampazzo

Introduzione

L'Organizzazione del Tempo

La Conduzione delle Riunioni

Bibliografia

LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL SERVIZIO

Lorenzo Rampazzo

Introduzione

Il Piano Strategico del Servizio

Funzioni e Compiti del Servizio

Il Modello Organizzativo

La Programmazione operativa

Il Programma del Servizio

Bibliografia

LA DEFINIZIONE E LA RAPPRESENTAZIONE DEI PROCESSI: PRINCIPI DI BUSINESS PROCESS REENGINEERING (BPR)

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Maurizio Gomma

Introduzione: organizzazioni sanitarie e processi

Alcune definizioni

Ambiti di applicazione del BPR

Il Processo di reingegnerizzazione

Alcune indicazioni pratiche

Rappresentazione dei processi

Valutazione dei processi: indicatori di valutazione

Ruolo dell'Information and Communication Technology

L'applicazione PAC © della Piattaforma mFp per il controllo dei processi

Bibliografia

BENCHMARKING DI PROCESSO

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni

Introduzione

Alcune definizioni di base

Tipologie di Benchmarking

Obiettivi del Benchmarking

Il processo di Benchmarking

Il gruppo di lavoro nel Benchmarking

I Benchmark (indicatori)

Il confronto standardizzato

Conclusioni

BUDGET OPERATIVO

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni

Introduzione

Obiettivi/finalità dei sistemi di programmazione e controllo (SPC)

Definizione di budget

Sottoinsiemi di budget

Ambiti di utilizzo della logica/approccio budgettaria

Modelli di consultazione e negoziazione per la definizione del budget

La definizione degli obiettivi di budget

Il ciclo di Anthony

Il sistema di reporting

La scheda di budget

Budget e sistemi incentivanti
Il budget nel dipartimento delle dipendenze
Il processo di definizione e di negoziazione del budget
Le componenti di un budget di dipartimento
Articolazione tecnico-contabile e struttura generale del sistema di budget
Conclusioni
Allegati
Bibliografia

I SISTEMI DI REPORTING: PRINCIPI E CRITERI DI FUNZIONAMENTO

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni

Introduzione
Definizione: il sistema di reporting (S.R.)
Tipo di comunicazione
Finalità del reporting
Tipologia dei report
Reporting: specificità delle informazioni
Tipologia prevalente delle informazioni e livelli
Criteri per la costruzione di un sistema di reporting collegato al budget
Conclusioni
Bibliografia

TEAM WORKING, COMPORTAMENTO ORGANIZZATIVO E MULTIDISCIPLINARIETÀ

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Franco Aldegheri

Introduzione
Prerequisiti per attivare un team working
Vantaggi del lavoro di gruppo
Criticità del team working
La direzione dei gruppi
Motivazione al comportamento professionale
Motivazione e lavoro per obiettivi
I meccanismi di coordinamento aziendale e il team working
Sistemi di programmazione e controllo e team working
Le componenti multidisciplinari del team e l'unitarietà delle azioni
Prerequisiti minimi di fattibilità per una risposta unitaria
Prerequisiti minimi di fattibilità per una risposta unitaria
Il management del paziente con team multidisciplinare
Compiti e responsabilità
Strumenti informatici di supporto per il management del paziente e il team working
Conclusioni
Bibliografici

PRESTAZIONI, PRODOTTI E PROCESSI ASSISTENZIALI: CONCETTI DI BASE SULL'ACTIVITY BASE MANAGEMENT (ABM) E IL SISTEMA MFP PER IL RILEVAMENTO DELL'OUTPUT

Giovanni Serpelloni, Oliviero Bosco

Introduzione
Le dimensioni produttive di una azienda sanitaria

Processi, prodotti e prestazioni
Il percorso del paziente
Alcune indicazioni sul sistema Activity Based Management, ABM
La misurazione dei prodotti
Prodotti e prestazioni in ambito territoriale/ambulatoriale
Un sistema per la registrazione e valutazione delle prestazioni nel dipartimento delle dipendenze (MFP – output ©)
Conclusioni
Bibliografia

SISTEMI PER L' ACCREDITAMENTO DELLE ORGANIZZAZIONI DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE (PUBBLICHE E DEL PRIVATO SOCIALE)

Giovanni Serpelloni

Introduzione
Destinatari dei processi di accreditamento: la pari dignità
Ambiti di attività: Patologie e situazioni devianti da affrontare
Premesse e riferimenti teorici
L'architettura del sistema delle dipendenze
Modalità di funzionamento del sistema generale di accreditamento
Conclusioni
Bibliografia

QUALITY MANAGEMENT E STRUMENTI DI PROBLEM ANALYSIS PER LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Elisabetta Simeoni, Giovanni Serpelloni

Introduzione
Fasi per il problem solving
Gli strumenti principali
Altri strumenti di rappresentazione ed analisi
Conclusioni
Bibliografia

ASPETTI PROGETTUALI

PRINCIPI DI PROJECT MANAGEMENT

Elisabetta Simeoni, Giovanni Serpelloni

Introduzione
Definizioni
Concetti base del project management
Cause tipiche di elementi di difficoltà del progetto
Ciclo di vita di un progetto
Piano di progetto, tecniche e sistemi di supporto
Conclusioni
Bibliografia

LA VALUTAZIONE EX ANTE DEI PROGETTI DI INTERVENTO CONTRO L'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni

Introduzione

Oggetto della valutazione

Obiettivi della valutazione ex ante

Chi esegue la valutazione ex ante?

Con quali competenze si esegue la valutazione ex ante?

Livelli della valutazione ex ante

La struttura del progetto e le condizioni di base

L'intervento proposto

Uso del sistema Project.NET-DSS © (distance selection system) per la valutazione e la selezione dei progetti a distanza via internet

Conclusioni

Bibliografia

LA VALUTAZIONE EX-POST DEI PROGETTI DI INTERVENTO NELLE TOSSICODIPENDENZE

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni

Introduzione

Definizione

Assi della valutazione

Criteri di valutazione

Fattibilità della valutazione ex-post

Valutazione dell'output e della outcome

Valutazione ex-post dei tempi di realizzazione

Valutazione del piano finanziario

L'etica della valutazione

Conclusioni

Bibliografia

ELEMENTI DI TECNICA PROGETTUALE PER GLI INTERVENTI NELLE DIPENDENZE: INDICAZIONI PRATICHE

Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni

Premesse

Definizioni

Componenti di un progetto

Framework per la definizione di una proposta di progetto (paragrafi)

Obiettivo generale

Conclusioni

Bibliografia

ASPETTI SPECIFICI

ORGANIGRAMMA E ASSETTI ORGANIZZATIVI

Giovanni Serpelloni

Introduzione

Definizioni

Utilità

Tipi di organigrammi

Struttura di costruzione

Uso pratico dell'organigramma

Criteri che definiscono una "Unità Organizzativa"

Criteri di aggregazione/disaggregazione

Modelli teorici di strutture organizzative

Product manager e Project manager

Assetto organizzativo e dimensioni

Rappresentazione dell'assetto organizzativo: Organi-funzionigramma, CdR e CdC del Dipartimento delle Dipendenze (esempio)

Conclusioni

Bibliografia

"EVIDENCE BASED PUBLIC HEALTH" (EBPH): LA PRATICA SOCIO-SANITARIA FONDATA SULLE EVIDENZE

Francesco Bricolo, Giovanni Serpelloni, Maria Elena Bertani

Introduzione

Background

Le quattro tappe

Centri Cochrane

Conclusioni

Bibliografia

LA META-ANALISI: UN UTILE STRUMENTO PER I DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE

Mario Cruciani

Introduzione

Revisioni tradizionali e revisioni sistematiche

Le varie fasi della revisione sistematica e della meta-analisi

Qualche esempio di meta-analisi

Meta-analisi e Dipendenze

Conclusioni

Bibliografia

L'UTILIZZO DI LINEE GUIDA NELLA PRATICA CLINICA

Mario Cruciani

Nell'era della medicina basata sull'evidenza

Le linee guida nella pratica clinica

Linee guida basate sull'evidenza

Linee guida basate sull'opinione

La valutazione della qualità dell'evidenza in base alla metodologia degli studi clinici

Gli algoritmi clinici

Le Linee guida nel campo delle dipendenze

Conclusioni

Bibliografia

ASPETTI APPLICATIVI

PIATTAFORMA mFp: PER LA GESTIONE CLINICA DELLE UNITÀ OPERATIVE DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Giovanni Serpelloni, Corrado Bettero, Daniele Gibbin

Cenni introduttivi

Anagrafica e movimento clienti

Diario clinico: descrizione generale

Epicrisi T.D.

Sistema per la valutazione della domanda espressa dal cliente

B.P.O.: Bisogni percepiti ed osservati

Diagnosi

F.A.R.M.

Elaborazioni standard

LAB

La gestione delle prestazioni

Agenda

Gestione Comunità

Équipe

Schede Ministeriali

Report

Gestione di Sistema

Bibliografia

STRUMENTI INFORMATIZZATI PER LA VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE: CARATTERISTICHE TECNICHE E FINALITÀ

Giovanni Serpelloni, Monica Zermiani

Introduzione

Scheda per l'Analisi dei bisogni percepiti ed osservati (B.P.O)

Scheda per la Valutazione della Domanda Espressa: un sistema per la valutazione della domanda espressa dal cliente

Sistema di check-list per la valutazione delle abilità preventive relative al rischio infettivo e all'overdose

Sistema di check-list per la valutazione del rischio HIV

Questionario per la valutazione della Motivazione al cambiamento (versione per l'uso di eroina)

Un sistema per la valutazione della gravità clinica del paziente tossicodipendente: il C.B.E. (ver 3.0/2000)

Standardized Social Assessment System (S.S.A.S..) Sistema per la valutazione standardizzata degli aspetti sociali della persona tossicodipendente (ver 3.0)

WWW.DRONET.ORG: RETE INFORMATICA UNIFICATA PER LE DIPENDENZE A BASE INTERNET

Giovanni Serpelloni, Lorenzo Rampazzo, Ermanno Ancona, Giovanni Nicoletti, Roberto Pirastu, Antonio De Poli

Introduzione

Le aree del portale

Bibliografia

SISTEMA DI ANALISI DEI COSTI E DEI BENEFICI (ANCOSBEN) PER LE TOSSICODIPENDENZE

Giovanni Serpelloni, Massimo Margiott, Maximiliano Maroccola

Elementi di base

Indicatori di output (efficienza) e di outcome (efficacia)

concetti di base

La compatibilità e l'omogeneità dei dati negli indicatori

La qualità dei dati inseriti nei sistemi informativi ed informatici

Definizioni di base per costruire indicatori semplici, composti e complessi

Rapporti o quozienti (ratios) e indicatori composti e/o complessi

Caratteristiche richieste agli indicatori del modello ancoben

Il modello ancoben in un quadro organico di insieme di indicatori

Periodo di riferimento dell'analisi o "periodo osservato"

Livello 1: indicatori dei costi "interessanti":

Livello 2: indicatori di supporto all'analisi:

Livello 3: indicatori di beneficio diretto:

L'applicazione del modello di analisi

Metodi di raccolta dei dati e creazione dei data base: strumenti utilizzati

Risultati dell'analisi

Possibile evoluzione dell'analisi ancoben: un sistema di autovalutazione comparata

allegati alla analisi

Bibliografia

DELTA SYSTEM: AUTO ANALISI COMPARATA DEGLI INDICI DI PERFORMANCE MEDIANTE RETE INTERNET

Giovanni Serpelloni, Massimo Margiotta

Premesse

Finalità generali

Il Sistema degli Indicatori

I dati di confronto

Mappatura di Posizionamento

L'input dei dati nel Delta System

Modalità di funzionamento dell'inserimento diretto

Accesso ai dati elaborati

Calcolo degli scostamenti

Conclusioni

Allegato 1

Manuale d'uso e specifiche per la compilazione della scheda di input

Bibliografia

PREFAZIONE

Da sempre la ricerca del miglioramento continuo della qualità è stato per la Regione Veneto un impegno irrinunciabile nella programmazione dei servizi sociosanitari. Anche nella riorganizzazione del sistema delle dipendenze la Regione del Veneto ha sentito l'esigenza di introdurre tecniche e metodologie in grado di far aumentare la qualità dei Sert e delle Comunità terapeutiche.

A tal fine il sistema che si vuole introdurre viene centrato sul concetto di qualità da attuarsi e valutarsi mediante l'utilizzo di moderne tecniche di programmazione e controllo. Esse dovranno basare la loro operatività su metodologie scientifiche in grado di assicurare il buon esito degli interventi e la loro affidabilità. Indispensabile inoltre risulta oggi poter monitorare costantemente oltre alle prestazioni erogate anche i risultati ottenuti a fronte di un più razionale uso delle risorse impiegate. L'obiettivo finale di questo percorso, quindi, vuole essere quello di fare in modo che il sistema nel suo complesso cresca e maturi un nuovo stile di lavoro in grado di affrontare e gestire i veri problemi delle persone tossicodipendenti e delle loro famiglie. Tutto questo impostando interventi sempre più mirati e selezionati nella loro efficacia soprattutto per quanto riguarda il recupero globale della persona ed il suo reinserimento sociale, lavorativo e familiare. Risulta chiaro pertanto che questi obiettivi dovranno essere perseguiti con una valutazione costante della qualità e della soddisfazione dei nostri utenti e dai loro familiari e con programmi che possano essere verificati nella loro effettiva efficacia.

A questo proposito si vogliono *in primis* coinvolgere gli operatori di tutto il sistema delle dipendenze per dare loro la possibilità di attuare i processi assistenziali in modo equanime e uniforme creando vere e proprie reti di collegamento attivo tra Servizi, Comunità e Volontariato.

Antonio De Poli
Assessore alle Politiche Sociali e Non Profit

PRESENTAZIONE

Le modalità di trattamento delle tossicodipendenze, e più in generale l'organizzazione dei processi assistenziali ad alto impatto sociale¹ sono oggetto di studio e valutazione attraverso una molteplicità di discipline e di approcci. Ognuno, partendo da presupposti scientifici e metodologici diversi, cerca di mettere in risalto le implicazioni etiche, il sistema di valori morali e professionali sottostanti ad un'efficace azione, la centralità di un'attività preventiva, il coinvolgimento stretto del tessuto sociale nel processo terapeutico ed altro ancora.

Il ricco dibattito appena rilevato sui modelli assistenziali ha consentito lo sviluppo di soluzioni differenziate che costituiscono certamente un importante patrimonio di alternative, a cui utenti e loro famiglie possono ricorrere nella ricerca del supporto più adeguato ai diversi fabbisogni e situazioni.

Tuttavia proprio tale differenziazione amplifica l'esigenza di una riflessione attenta sui modelli organizzativi e sulle competenze e condizioni necessarie ad un efficace impiego delle risorse e delle professionalità.

Particolarmente innovativa ed interessante appare quindi questa pubblicazione che si confronta, con ricchezza di argomentazioni e profondità di analisi, con il delicato problema di coniugare problematiche etiche, professionali, scientifiche e manageriali.

In particolare, l'approccio manageriale si è dimostrato particolarmente efficace nel rendere possibili soluzioni concrete incentrate su di un'analisi pragmatica delle istanze emergenti, e, soprattutto, valorizzando i due elementi fondanti di ogni azienda socio-sanitaria: le risorse umane interne e le persone che all'azienda si rivolgono, ovvero gli utenti.

Superando le visioni burocratiche e meramente efficientiste, si può comprendere come un approccio sistemico ai problemi di sanità pubblica possa creare maggior valore per l'utente, e per il contesto sociale in genere, in quanto tale approccio si fonda sulla ricerca della coerenza tra l'organizzazione e le necessità espresse da un contesto in continua evoluzione.

In altri termini, tale approccio sottolinea la necessità di incentivare comportamenti organizzativi ispirati da una "visione" della sanità pubblica centrata sulla capacità di fornire risposte concrete ed adeguate alle attese ed ai bisogni dei cittadini in difficoltà.

Questa pubblicazione propone quindi solide basi tecniche per iniziare un percorso di innovazione e di razionalizzazione delle modalità operative che dovrebbero essere adottate dai dipartimenti delle dipendenze, a pieno titolo inseriti nelle aziende sanitarie, per fornire risposte adeguate.

E' da sottolineare inoltre, come l'approccio "evidence based", sia garanzia di qualità in particolare nel processo di definizione delle prassi cliniche, in quanto fortemente basato su analisi e approfondimenti empirici di necessaria scientificità. L'innovatività dell'approccio suggerito dagli autori emerge anche nella rilevanza data, accanto alla pratica clinica, all'aspetto organizzativo e gestionale, attraverso il quale i dipartimenti dovrebbero definire ed erogare le loro offerte di prevenzione, cura e riabilitazione attraverso modalità il più possibile integrate.

Tali metodologie di gestione del processo di produzione ed erogazione dei servizi infatti, sono indubbiamente coerenti con le trasformazioni strutturali e organizzative che vedono coinvolte le aziende sanitarie pubbliche, nel tentativo di razionalizzare ed ottimizzare il loro funzionamento e la loro capacità di dare risposte il più possibile adeguate ai bisogni di salute della popolazione.

La gestione delle unità operative e dei dipartimenti secondo una logica sistemica e contingente, che ad esempio sappia sfruttare anche le moderne tecnologie informatiche e Internet per la creazione di sistemi e reti di comunicazione avanzate tra le Comunità

Terapeutiche ed i Sertl non è certamente in contrasto con una forte attenzione alla pratica clinica centrata sul cliente/utente.

Al contrario, una buona gestione manageriale consente di esprimere e migliorare anche la pratica clinica, che non può più prescindere dal tenere in forte considerazione l'uso razionale delle risorse, il controllo della spesa ed una gestione trasparente e intelligibile delle prassi.

Con questa pubblicazione gli Autori si sono proposti di fornire spunti ed elementi che siano di stimolo per poter iniziare un percorso concreto di assimilazione di modalità gestionali innovative all'interno del Quality Management. Inoltre hanno arricchito il loro studio con una serie di contributi per consentire anche alle unità operative (Sert e Comunità Terapeutiche) ed ai dipartimenti delle dipendenze, di far proprie alcune metodologie manageriali allo scopo di analizzare, rappresentare e valutare e migliorare in modo continuo la propria organizzazione, i propri processi e le proprie attività.

Ritengo sia particolarmente importante che un percorso di questo tipo si avvii anche in un ambito come quello delle dipendenze, particolarmente delicato per le patologie e le problematiche trattate non solo per la grande valenza individuale del servizio offerta alla persona malata, ma anche per l'elevato impatto assunto da tali problematiche dal punto di vista sociale.

Concludendo si può auspicare che i sistemi Regionali ed aziendali per le tossicodipendenze possano trarre spunto da quanto approfondito in questo studio per riorganizzare e rinnovare le proprie offerte, al fine di migliorare le condizioni di salute di persone fortemente svantaggiate che opportunamente recuperate e reinserite nella società e nel mondo del lavoro, potranno ricostituire importantissime risorse per la società.

Francesco Zavattaro

*Direttore dell'Executive Master in Management delle Aziende Sanitarie
SDA Scuola di Direzione Aziendale dell'*

PREMESSE

Solo un approccio professionale, competente, coraggioso e contrassegnato dalla modestia di chi ritiene che le verità assolute non esistano, sarà garanzia di una organizzazione soprattutto efficace e secondariamente in grado di utilizzare le risorse in modo razionale, equanime ed appropriato.

Questo lavoro è stato scritto con l'intento di fornire agli operatori del settore (pubblico e del privato sociale accreditato) una serie di informazioni, metodologie e tecniche nell'ambito dell'organizzazione e del total quality management, che sicuramente possono contribuire a far migliorare il sistema di risposta nel suo complesso.

Nulla di buono può nascere dalla conflittualità derivante dal mero confronto ideologico tra gli operatori del sistema delle tossicodipendenze, relativamente alle proprie personali convinzioni di efficacia degli interventi. Non vi è dubbio che lo spirito che deve stare alla base del nostro operato è il non considerare la tossicodipendenza una malattia "incurabile" a priori, né che gli operatori possano assestarsi su politiche ed interventi riduzionistici e svilenti le possibilità delle persone tossicodipendenti di essere riportate nel più breve tempo possibile ad una vita relazionale e individuale ad alta dignità e produttività.

Il nostro auspicio è che tutti gli operatori professionali ritrovino uno spirito di unitarietà e di professionalità che li porti a rendersi conto che il sistema assistenziale non può altro che essere unico e coordinato, assicurando inoltre pari dignità tra tutte le componenti operative ma soprattutto (cosa ben più importante) la continuità assistenziale. Tutto questo prevedendo una multi offerta che ben si adegui a tutti i livelli di bisogno dei complessi e spesso devastati bisogni dei "clienti" a cui dobbiamo rispondere.

Vi è infatti la necessità di creare un percorso di continuità che parta dagli interventi in strada (per il contatto precoce) e passi attraverso gli interventi ambulatoriali, semiresidenziali, residenziali e soprattutto di reinserimento, in un continuum irrinunciabile verso il successo delle nostre terapie che dovranno essere misurate e comparate costantemente e senza paura di comprendere i reali risultati raggiunti. Solo così infatti potremo scegliere il meglio e il più efficace, ricordando però che ogni individuo fa storia a sé, che deve essere rispettato nelle proprie specificità e garantito nella propria libera scelta della cura.

Base di tutti i nostri sforzi è stata quella di costruire un sistema pratico, fattibile ma basato su moderne ed avanzate teorie organizzative e gestionali e tecnologie informatiche, che prendesse spunto e basi solide dall'evidenza scientifica senza mai dimenticare inoltre la centralità della persona e l'etica superiore che dovrebbe stare alla base di tutti gli interventi preventivi, assistenziali e riabilitativi. Chi scrive ritiene che l'uso di sostanze stupefacenti debba essere annoverato tra comportamenti ad alto rischio per la salute e totalmente da evitare per la persona, senza dubbi, esitazioni o tolleranze in merito, chiarendo quindi molto bene (soprattutto alle giovanissime generazioni) con azioni concrete e parole chiare che le droghe sono un disvalore, che si sono dimostrate per molti individui altamente nocive e che non possono aggiungere nulla di buono a quanto già non sia presente nel nostro essere.

Gli autori mettono a disposizione dei colleghi questo loro lavoro, nella speranza che possa essere motivo di unione e base tecnica per la costruzione di assetti organizzativi unificanti quali possono essere i dipartimenti delle dipendenze. Siamo altresì consapevoli che da ambo le parti molte potranno essere le resistenze al cambiamento, ma come Franz Kafka scrisse "Da un certo punto in avanti non c'è più modo di tornare indietro. È quello il punto al quale si deve arrivare".

Giovanni Serpelloni



PER UNA NUOVA POLITICA SULLE TOSSICODIPENDENZE, ORIENTATA ALLA QUALITÀ E ALL'INTEGRAZIONE

Antonio De Poli

Assessorato alle Politiche Sociali Regione Veneto

PREMESSE

Con DGR n. 3701 del 24.11.2000 è stato approvato il documento "Le politiche della Regione Veneto per una società libera dalle droghe", con il quale si sono definite le politiche e le strategie generali di intervento nel campo delle dipendenze, che sono state oggetto di presentazione e consenso da parte della maggioranza delle Regioni Italiane, anche alla Conferenza Nazionale sulla Droga di Genova.

Oggi vi è la necessità di dare corpo e continuità operativa alle strategie individuate con un piano attuativo che definisca azioni specifiche da porre in atto nel corso dei prossimi anni per trasformare gli intenti in fatti concreti.

Vengono riportati in seguito le aree principali dove concentrare le principali azioni da mettere in atto prossimamente al fine di dar corpo alle nuove politiche sulle tossicodipendenze.

Quanto qui riportato rappresenta una sintesi per aree di intervento del piano attuativo.

PRIORITÀ NEL CAMPO DELLE DIPENDENZE

Ai fini operativi sono state individuate alcune priorità di intervento che puntano soprattutto a riconoscere il bisogno di creare un avanzato ed integrato sistema di risposta organizzata al problema droga:

1. *Il dipartimento delle dipendenze (la pari dignità):* promuovere politiche regionali ed aziendali che incentivino la realizzazione di organizzazioni efficienti quali i Dipartimenti delle Dipendenze, finalizzati soprattutto a creare un "sistema di sinergie" pubblico – privato sociale accreditato – volontariato, in un contesto di pari dignità.
2. *L'enfasi sulla prevenzione primaria e secondaria:* incentivare la creazione di campagne informative ed iniziative *permanenti* contro l'uso di sostanze coinvolgendo

soprattutto le scuole, le associazioni sportive, gli ambienti di divertimento con particolare rilievo per i programmi sulla vulnerabilità da dipendenza da sostanze. Incentivare e sviluppare solo programmi e progetti con piani di valutazione quantitativa degli effetti ottenuti.

3. *La qualità dei servizi*: ristrutturare la rete dei servizi pubblici (Sert) e delle Comunità Terapeutiche, con criteri di qualità uniformi su tutta la Regione, fortemente coordinati tra loro all'interno dei Dipartimenti, creando un sistema di accreditamento regionale.
4. *Lo sviluppo tecnologico e la formazione permanente*: introdurre innovative forme di tecnologia informatica in modo da aumentare le potenzialità comunicative tra le varie componenti del sistema delle dipendenze con piani di formazione ed aggiornamento permanente degli operatori.
5. *L'integrazione con gli enti locali*: incentivare il coordinamento e la compartecipazione attiva delle Amministrazioni Comunali e Provinciali alle politiche locali sulle tossicodipendenze con specifici programmi di comunità.

LA NUOVA VISION

Per una società libera dalle droghe

L'uso di sostanze psicoattive, collegato al mercato illecito ed allo sfruttamento di fasce sociali deboli o giovanili, sta assumendo proporzioni sempre più ampie e preoccupanti, soprattutto se si considera la forte diffusione che negli ultimi anni vi è stata di nuove sostanze con rituali di consumo socialmente più accettati e, assai di frequente, associati ad alcool e psicofarmaci. Resta grande, inoltre, la percentuale di persone che presenta tossicodipendenza da eroina e che, ad un'analisi tecnica approfondita, appare tutt'altro che ridotta od in via di contenimento.

Ad oggi, quindi, risulta molto aumentata la quota totale di persone che fa ricorso a sostanze psicoattive, con modalità di utilizzo nel tempo spesso sequenziali oltre che caratterizzate dall'uso contemporaneo di varie sostanze. Queste situazioni portano, sovente, all'instaurarsi di vere e proprie forme di dipendenza, con una lunga serie di gravi conseguenze fisiche, psichiche e sociali. Il fenomeno assume confini sempre meno delimitati. Basti pensare al notevole incremento di uso di sostanze alcoliche tra le fasce giovanili (spesso accompagnate dall'assunzione di droghe anfetaminosimili), all'aumento dell'uso non terapeutico di farmaci sedativi ed ipnotici, all'ampliamento del range dell'età di primo utilizzo di droga con abbassamento dell'età di primo utilizzo e contemporaneo investimento di soggetti che iniziano ad utilizzare tali sostanze ad un'età compresa tra i 35 e i 40 anni.

Vi è, pertanto, la necessità di continuare gli sforzi nella lotta alla droga che, con molta generosità ed intelligenza, sono stati fatti sinora, definendo ancora meglio il modello non solo organizzativo ma anche culturale e valoriale che si vorrebbe stesse alla base degli interventi contro le dipendenze da sostanze psicoattive.

Vulnerabilità alla dipendenza da sostanze ed educazione alla salute

Le evidenze scientifiche internazionali, gli studi di bioetica, le indicazioni delle principali organizzazioni mondiali per la promozione e la protezione della salute della persona, il buon senso comune, indicano ormai concordemente, che l'uso di sostanze stupefacenti è da considerare pericoloso e dannoso per la salute della persona intendendo con questo termine il suo benessere fisico, psichico e sociale nella sua inscindibile globalità.

Risulta altrettanto chiaro, come è ormai dimostrato dalle più moderne ricerche scientifiche, che esistono soggetti particolarmente vulnerabili a sviluppare dipendenza da sostanze nel momento in cui ne entrano in contatto e le utilizzano. Tale vulnerabilità non è prevedibile, come



non risultano prevedibili i danni che tali sostanze possono produrre sul singolo individuo, esistendo una fortissima variabilità alla risposta che può andare dal "nessun effetto" fino alla morte.

È ormai chiaro che, sia in ambito tecnico scientifico che in ambito operativo non ha più senso utilizzare termini e false distinzioni quali quelle fatte per le droghe così dette "pesanti e/o leggere" in quanto questi termini inducono false sicurezze e sbagliate convinzioni che portano a sottovalutare il reale problema. Anche se per alcune persone alcune droghe possono avere limitati danni fisici è altrettanto provato che esse possono compromettere irreparabilmente la funzionalità psichica e sociale di questa persona.

Gli interventi di comunità

Al pari delle azioni che si devono mettere in atto per prevenire e curare altre malattie a forte impatto sociale, quale per esempio il cancro collegato al fumo di sigaretta o ad altri agenti nocivi (mettendo in atto azioni che, da una parte prevengano la diffusione ambientale e il contatto con sostanze potenzialmente cancerogene e dall'altro sviluppino una consapevolezza nell'individuo al fine di evitare l'assunzione volontaria o inconsapevole), anche in questo caso vi è la necessità di puntare soprattutto sulla responsabilizzazione della persona, valorizzando il suo potenziale positivo di intelligenza, razionalità e autodeterminazione dei propri comportamenti.

Tutto questo però creando contemporaneamente le condizioni per un contesto sociale che porti a ridurre al minimo la disponibilità di sostanze stupefacenti, attraverso azioni di repressione, controllo del traffico e dello spaccio, e la contemporanea espressione e l'esplicitazione chiara e persistente di modelli culturali e sociali che apprezzino e che "premino" più i comportamenti di sobrietà e di libertà dalle sostanze, piuttosto che esprimere una tolleranza all'uso voluttuario e/o ricreativo di sostanze stupefacenti, se non addirittura assumerlo come tendenza positiva e di moda.

Non si tratta quindi di "proibire" o "liberalizzare", ma di riconoscere che, al pari delle sostanze che possono incentivare il cancro o altri gravi malattie, non possono essere lasciate in libera circolazione composti chimici variamente costituiti, che sappiamo con sicurezza essere fortemente dannosi per la salute della persona quali per l'appunto le droghe.

La nuova consapevolezza

Vi è quindi la necessità imperativa di creare una nuova coscienza e consapevolezza nelle pubbliche amministrazioni e nei cittadini che la salute (globalmente ed inscindibilmente intesa come fisica, psichica e sociale) è un bene ed un valore irrinunciabile, se non altro per i costi umani, ma anche sociali e sanitari che comporta la sua compromissione, e che tutto quello che, come le droghe, può in qualche modo minacciarla o comprometterla, deve prima di tutto essere considerato un "problema da evitare", una situazione/sostanza nociva da non far arrivare in contatto soprattutto a chi (per proprie condizioni neurobiologiche, psichiche, familiari e/o sociali) presenta particolari condizioni di vulnerabilità.

Tutto questo senza moralismi o posizioni ideologiche, ma semplicemente con spirito pragmatico e intellettualmente libero di chi crede che le persone debbano essere messe in grado di poter condurre una vita il più possibile libera e sana e che le istituzioni abbiano la responsabilità di aiutare i cittadini a raggiungere questo obiettivo.

L'obiettivo generale

L'obiettivo di mettere a punto sistemi preventivi, terapeutici e riabilitativi sempre più efficaci e coordinati, deve essere perseguito con costanza ed impegno da tutte le componenti sociali al

fine di assicurare una risposta globale in grado di contrastare sia l'uso di sostanze stupefacenti che le gravi patologie e le situazioni devianti correlate alle dipendenze da sostanze psicoattive. Questo impegno rientra in una logica più ampia che ritiene giusto e importante prendere "in carico" la persona tossicodipendente il più precocemente possibile, anche se non ha fatto ancora la scelta di smettere di usare le sostanze stupefacenti. Tutto questo al fine di assicurare comunque la sopravvivenza di questa persona, di agganciarla rompendo la sua solitudine e il suo isolamento e di iniziare con lui, anche in strada se necessario, un percorso prima di tutto di sicurezza e successivamente di cura e riabilitazione. Non vi è dubbio quindi, che la prevenzione delle patologie correlate e delle situazioni devianti correlate all'uso di droghe, sia di fondamentale importanza, ma questo aspetto, sicuramente prioritario, non può essere considerato esclusivo o addirittura unico nello strutturare gli interventi e le attività a favore delle persone tossicodipendenti.

È infatti riduttivo e fuori luogo, impostare esclusivamente le strategie e le scelte programmatiche conseguenti su questo unico punto, dimenticando così la centralità della persona, la sua dignità di uomo e le prerogative per cui noi tutti ci impegniamo a ridare vita e speranza a chi, resosi "schiavo" con la sua stessa azione e per la presenza di un particolare stato di vulnerabilità, ha perso il confine e la dimensione di vita veramente libera.

Si riconosce l'importanza di operare prioritariamente, (in senso temporale ed anche in relazione alla stessa cura), al fine di agganciare precocemente le persone tossicodipendenti ai programmi di prevenzione finalizzati ad evitare infezioni mortali e pericolose come quella da HIV o da virus patitici. Tutti devono operare al fine di evitare, per quanto possibile, gli episodi di overdose, l'inserimento nelle attività criminali e il ricorso alla prostituzione. Questi obiettivi devono essere considerati prioritari, perseguiti costantemente dagli operatori dei Ser.T e delle comunità terapeutiche, vedendoli come veri e propri "*atti dovuti*", ma contemporaneamente collegati con una costante offerta di inserimento delle persone tossicodipendenti in percorsi di recupero ad alta soglia tendenti alla risoluzione radicale del problema, evitando e rifiutando così l'ideologia di accettazione supina che una persona possa vivere costantemente in uno stato di dipendenza da sostanze psicoattive. Per rendere più incisiva e precoce questa forma di prevenzione si ritiene indispensabile promuovere e sostenere programmi di outreach per il contatto delle persone tossicodipendenti in strada.

Vi è la necessità quindi di superare e andare oltre la sola riduzione del danno, termine ormai obsoleto, sorpassato e politicamente strumentalizzato, con programmi di approccio globale, scientificamente orientati, umanamente rispettosi e valorizzanti le risorse e la dignità della persona nel suo complesso.

CARATTERISTICHE GENERALI PER IL NUOVO PIANO REGIONALE DELLE DIPENDENZE E I DIECI CRITERI DI QUALITÀ (VINCOLI PER LA REALIZZAZIONE)

Il piano Regionale verrà attuato dalle singole Aziende ULS tramite lo sviluppo di un proprio piano di intervento che dovrà contenere alcune importanti caratteristiche:

1. essere coerente e fortemente coordinato con le Politiche Regionali emanate e concordate anche all'interno del Coordinamento delle Regioni e delle Province Autonome;
2. prevedere un ampio coinvolgimento delle varie realtà sociali, esistenti e fortemente orientato al territorio di riferimento, alla cultura esistente e alle necessità espresse, in modo che possa essere molto aderente alle realtà del territorio di riferimento dell'Azienda;
3. contenere elementi di innovazione, di forte impatto sociale ma soprattutto dovrà essere molto comunicativo ed esplicito, centrato su programmi ad alta visibilità sociale, di informazione preventiva e comunicazione capillare (di microlivello). I contenuti dovranno essere chiari, sintetici e coerenti con le Politiche Regionali (DGR 3701 del 24.11.2000);
4. coinvolgente tutte le componenti esistenti (pubbliche, del privato sociale accreditato, del volontariato) in un contesto di "pari dignità", con chiarezza di ruoli e diversificazione dei livelli di responsabilità;



5. introdurre innovazioni tecnologiche e nuove strategie di comunicazione mediante l'utilizzo delle nuove tecnologie informatiche (internet) attivando anche permanentemente il collegamento alla rete regionale Dronet;
6. professionalizzare sempre di più gli operatori del settore assicurando la partecipazione dei propri operatori ai Piani di Formazione Regionale e con l'introduzione di forme permanenti e vincolanti di:
 - a. formazione congiunta operatori pubblici, del privato sociale e del volontariato in ambito tecnico-specialistico e gestionale-organizzativo;
 - b. orientamento scientifico delle azioni di prevenzione, cura e riabilitazione;
 - c. costante valutazione quantitativa delle prestazioni erogate (quantità e qualità), ma soprattutto dei risultati ottenuti delle attività preventive, curative e riabilitative
 - d. analisi dei costi generati e razionalizzazione della spesa;
7. partecipazione attiva al mantenimento di un efficiente sistema di accreditamento Regionale per far aumentare la qualità di tutte le strutture (Pubbliche e Private);
8. gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione, devono svolgere azioni sia per le sostanze illegali (droghe) che legali (alcool e tabacco);
9. la programmazione dovrà essere coerente anche con le politiche Europee e delle Nazioni Unite in tema di droga, fortemente trasparente ed esplicitata in obiettivi chiari e predichiarati;
10. prevedere sistemi specifici per garantire un forte ed efficiente coordinamento delle politiche e delle azioni intra ed extraaziendale (coordinamenti provinciali tra Dipartimenti).

I DIECI PRINCIPI GENERALI DELLE POLITICHE E DELLE STRATEGIE DI INTERVENTO

Le azioni di promozione e protezione della salute devono essere dirette verso tutte le sostanze "stupefacenti e/o psicoattive," intendendo con questa espressione ogni sostanza (legale e non legale) che risulti in grado di interferire con le funzioni neuro-psichiche e che presenti un rischio potenziale di uso non terapeutico e/o dipendenza.

Si definisce "uso non terapeutico", l'utilizzo da parte della persona, di sostanze non finalizzato a "scopi terapeutici propriamente intesi,"

Al fine di soddisfare l'esigenza di chiarezza e di uscire dalle numerose ambiguità in proposito, vi è la necessità di chiarire anche il concetto di "pericolosità" per la salute che molte delle sostanze psicoattive esistenti in natura hanno. Con questo termine, spesso mal utilizzato nell'uso comune, si deve intendere la possibilità che, dall'uso di sostanze, ne possa derivare un danno (in ambito fisico e/o psichico e/o sociale) alla persona o a terzi in contatto con lui.

Le sostanze psicoattive sono molte ed alcune di esse trovano anche positivi impieghi terapeutici, ma risultano di nostro interesse solo quelle dotate di pericolosità per la salute dell'individuo o delle persone in contatto con lui.

Le evidenze scientifiche hanno mostrato che tale pericolosità dipende da due ordini di fattori: fattori intrinseci alla sostanza (proprie caratteristiche farmacologiche e tossicologiche) e fattori dipendenti dall'individuo che le utilizza (vulnerabilità per lo sviluppo di dipendenza, situazioni fisiche, psichiche e sociali di base). L'incontro e la combinazione di questi due fattori può portare a conseguenze estremamente negative e pericolose per l'individuo dipendenti dal suo comportamento di assunzione.

La pericolosità si estrinseca, però, se conseguentemente all'uso di sostanze vi sia la presenza di almeno una delle seguenti caratteristiche:

- effetti interferenti con i meccanismi neurobiologici e psicologici della gratificazione, della vigilanza, dell'autocontrollo o della capacità di giudizio, con riduzione, anche temporanea, delle *performance* psicofisiche della persona;
- tossicità acuta o cronica, in particolare sul sistema nervoso;

- possibile sviluppo da parte della persona di percezione di “normalità,” di “essere all'altezza” o di “auto-efficacia” solo in presenza degli effetti della sostanza che, in seguito a ciò, può condurre ad assunzione periodica compulsiva reiterata e/o dipendenza;
- possibile condizionamento dell'individuo all'assunzione di comportamenti e stili di vita che lo portino, anche temporaneamente, a compromettere il proprio decoro, la propria dignità, l'espressione delle proprie capacità umane, culturali e professionali ed il mantenimento delle proprie responsabilità verso i terzi (figli, familiari, etc.);
- uso prevalentemente od esclusivamente finalizzato da parte del consumatore ad ottenere un'alterazione dello stato psichico, delle percezioni, della coscienza, con relativa sottovalutazione dei rischi e scarsa o nulla ricerca di effetti terapeutici.

Sono da annoverare fra tali sostanze sia quelle comunemente denominate “droghe” sia di tipo deprimente, eccitante o allucinogeno (*cannabis*, cocaina, eroina, *ecstasy*, amfetamine, allucinogeni, etc.), sia, anche, farmaci di varia natura con azione sulle funzioni neuro-psichiche e sui comportamenti, quali, ad esempio, sedativi, ipnotici in generale e bevande alcoliche nelle loro varie forme e gradazioni.

Al fine di indicare il comportamento consistente nel consumo di sostanze si ritiene, quindi, più idonea ed estensiva la dizione di “uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive,” comprendendo in tale espressione anche le forme di assunzione voluttuarie, ricreative, occasionali etc.

Va chiarito che dall'uso non terapeutico di sostanze non sempre deriva una dipendenza ma, nel caso in cui essa sia presente, connoterà un vero e proprio stato di “tossicodipendenza,” che potrà prevalentemente estrinsecarsi, (a seconda del tipo di sostanza, delle modalità d'uso e dei fenomeni astinenziali alla sospensione), più con una sintomatologia psichica o fisica, anche se, in realtà il fenomeno è sempre psicofisico, definendosi, comunque, come uno stato di dipendenza *negativa* certamente non auspicabile per la persona.

Dieci principi generali per lo sviluppo di politiche di intervento: la centralità della persona:

1. Vi è il forte bisogno di identificare e condividere socialmente una strategia, che sia finalizzata a contrastare l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive e che sia basata su principi e metodi promuoventi *l'adesione volontaria e consapevole* del singolo individuo a stili di vita che assicurino la tutela della salute e dell'integrità della persona nel suo complesso. Di conseguenza, si ritiene che qualsiasi strategia e qualunque intervento di promozione della salute, debbano essere centrati sulla persona, considerata sempre contemporaneamente sotto i suoi diversi aspetti biologici, psichici e sociali.
2. A tale proposito si riconosce che, ogni ente, organizzazione, gruppo sociale, ha diritto all'autodeterminazione dei propri comportamenti e ad esercitare la propria libertà di scelta.
3. Si ritiene però che al singolo individuo debba essere garantito il diritto inviolabile e la libertà di autodeterminare i propri comportamenti ed i propri stili di vita, sul fondamento, in ogni caso, del profondo rispetto della propria dignità e dei diritti e della libertà anche delle altre persone. Le politiche, quindi, dovranno essere orientate soprattutto a promuovere modelli culturali individuali e sociali basati sull'incentivazione di riferimenti culturali e sociali positivi, chiaramente orientati a far acquisire comportamenti responsabili e quanto più possibile autodeterminati, dichiarando apertamente ed esplicitamente che l'uso di sostanze stupefacenti è da considerarsi un comportamento negativo e non auspicabile. Un importante aspetto da tenere in considerazione è che tale consapevolezza dovrà riguardare, inoltre, la necessità di impegnarsi socialmente, ed *in primis* anche con il proprio comportamento, ad arrestare il negativo e pericoloso processo di “normalizzazione” in atto verso l'uso di sostanze psicoattive senza, tuttavia, contemporaneamente discriminare chi faccia uso di tali sostanze. In questo contesto, quindi, andrà



affermato che costituisce stile di vita sano, da perseguire socialmente ed individualmente, quello scevro dall'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e/o psicoattive, in maniera da considerare esplicitamente l'utilizzo non terapeutico quale "eccezione negativa," in contrapposizione al comportamento di sobrietà da ritenere, invece, "normalità positiva."

4. Va riconosciuto, altresì, che esiste una forte variabilità individuale nelle reazioni alle sostanze, ed in particolare in ordine agli effetti psicologici e comportamentali che risultano, sia nel breve che nel lungo periodo, non prevedibili allo stesso modo per tutti i soggetti. Non è possibile, perciò, adottare superficiali stereotipizzazioni sugli effetti di sostanze che potrebbero rivelarsi, per le medesime dosi e modalità di assunzione, inesistenti per alcune persone e gravissimi e permanentemente invalidanti per altre. È da ricordare, inoltre, che esistono persone che, per le proprie condizioni psicofisiche e sociali, risultano particolarmente vulnerabili e permanentemente coinvolgibili in un uso di sostanze psicoattive caratterizzato, spesso più di altri, dall'instaurazione di una dipendenza correlata a forti problematiche psichiche e sociali ed ad elevato rischio di morte e/o di malattie gravemente invalidanti. Al contrario, per altri coetanei l'uso di tali sostanze appare, a prima vista, controllato e gestito a tal punto da non manifestare evidenti problemi sociali, pur mantenendo, tuttavia, una forte interferenza sulle rispettive funzioni psichiche, neuro-biologiche e, di conseguenza, sulle *performance* psicofisiche.
5. Per quanto riguarda la prevenzione, è indispensabile ricordare che è ormai provata l'esistenza di fasce di popolazione più vulnerabili. Pertanto, in termini di politiche generali per la tutela della salute dei cittadini, è necessario programmare e sviluppare azioni d'intervento che siano orientate a tutelare, rispettare e proteggere, in particolare, queste fasce a più elevato rischio e quindi, più bisognose di tutela.
6. La ricerca scientifica ha determinato che l'assunzione di comportamenti preventivi può dipendere anche dal grado di conoscenza dei rischi, dalla capacità individuale di autocontrollo, dall'abilità nell'individuare ed evitare preliminarmente le situazioni di pericolo e dalla motivazione a mantenere tale comportamento. Si è precisato che tali fattori possono essere modificati da opportune azioni informative ma, principalmente, educative. Esistono, inoltre, ulteriori fattori di condizionamento del comportamento della singola persona (pressioni esterne) che dipendono dai modelli sociali e culturali del gruppo di riferimento (della famiglia e dei pari) particolarmente tra i giovani e che sono ugualmente in grado di incentivare o diminuire la presenza di comportamenti a rischio. Si è osservato, altresì, che la maggior parte dei giovani risulta sensibile ai messaggi informativi che evidenziano i rischi ed i danni derivanti dall'uso di sostanze psicoattive, altri non presentano reazioni particolari ed altri ancora (in percentuale minoritaria), potrebbero venire incentivanti nei meccanismi trasgressivi e stimolanti l'assunzione. Da ciò si evince la forte variabilità di risposta esistente anche per i messaggi informativi che rimangono, tuttavia, una valida opzione per la maggior parte dei giovani e che sono da utilizzare soprattutto se inseriti, fin dalle scuole elementari se non addirittura prima, in precoci e globali programmi educativi di promozione della salute nel suo complesso.
7. Deve essere recepito e condiviso il concetto che la responsabilità della singola persona che usa a fini non terapeutici sostanze psicoattive non è solo verso il proprio stato di salute ma, anche, nei confronti dei rischi/danni che possono derivare a terzi. *Pertanto, tale comportamento non può essere confinato in una mera questione personale dove non esistano regole da rispettare in virtù dell'applicazione esasperata del rispetto della "libera" scelta dell'individuo.* È da sottolineare, infatti, che il concetto che la libertà personale termina nel momento in cui entra in conflitto con la libertà ed i diritti altrui.
8. Fra le responsabilità personali, inoltre, deve essere annoverata anche quella derivante dal fatto di rivestire od esplicitare socialmente (in particolare come genitori in famiglia) un comportamento ed un atteggiamento che si sostanzia nell'accettazione

se non addirittura nell'uso non terapeutico di sostanze psicoattive, in quanto è provato che tale situazione può incoraggiare a propria volta altre persone (particolarmente esposte per proprie condizioni) al consumo di sostanze e a diventarne dipendenti. Tutto ciò, inoltre, può stimolare il mantenimento di modelli culturali e socio-comportamentali negativi, in grado di condizionare la singola persona specialmente se giovane nell'adozione di stili di vita pericolosi per la salute. Andrà, quindi, incentivata l'assunzione da parte di ciascuno di concreti comportamenti sociali (che potremmo definire di "mutuo aiuto"), visibili e diretti a promuovere, mantenere e sostenere, in modo da fondare un reciproco supporto, stati di "sobrietà e libertà" da sostanze psicoattive.

9. Nessuna persona che faccia uso non terapeutico di sostanze psicoattive potrà, comunque, essere discriminata od emarginata per questo motivo ma si dovrà, invece, provvedere ad organizzare ed a mettere a sua disposizione opportunità e sistemi organizzati di strutture in grado di fornire un valido aiuto alla risoluzione del problema e/o alla riduzione dell'incidenza delle patologie correlate. Pertanto, si ritiene che si debbano offrire, secondo comportamenti professionali equanimi ed uniformi su tutto il territorio nazionale ed al pari di qualsiasi altra forma patologica che necessiti di interventi socio-sanitari e socio-assistenziali complessi, tutte le opzioni terapeutiche e riabilitative disponibili e contemporaneamente, si debbano rispettare le scelte e le condizioni poste dalle persone alle relazioni di aiuto, incoraggiando, allo stesso tempo, scelte consapevoli e responsabili volte al recupero totale della persona.
10. Infine, va sottolineato che si ritiene fondamentale siano fortemente incrementate tutte le attività tese al controllo ed al contrasto del riciclaggio delle ingenti quantità di denaro derivanti dal mercato illegale delle droghe. Non è tuttavia, condivisibile l'indirizzo secondo il quale tale mercato illegale dovrebbe essere combattuto con soluzioni fondate sull'illusione di creare un abbattimento dei prezzi - e, quindi, dei costi per gli utilizzatori (e dei guadagni degli spacciatori) - mediante una fornitura "legale" e, in quanto tale, competitiva con il mercato illegale esistente. Tale soluzione non è eticamente accettabile, perché confligge fortemente contro il principio generale di operare scelte, nel campo delle politiche sociali e sanitarie, in grado di garantire realmente e coerentemente la promozione e la protezione della salute dei cittadini. I presupposti vantaggi in termini di controllo del mercato illegale sarebbero non comparabili e non accettabili di fronte agli svantaggi, ai rischi ed ai danni che risulterebbero alla salute delle singole persone (soprattutto se vulnerabili) in conseguenza all'aumento della disponibilità di sostanze psicoattive. Incalcolabili sarebbero, inoltre, le conseguenze derivanti dall'acquisizione e riconoscimento in legge dello Stato di un modello culturale e sociale che riconoscesse l'uso di tali sostanze come normale e socialmente accettato. È infatti, da ritenersi eticamente inaccettabile che, per contrastare la criminalità e risolvere problemi di ordine pubblico si espongano i cittadini, soprattutto quelli più vulnerabili e bisognosi di protezione, a gravi rischi sociali e sanitari: una società civile non può far pagare un costo, in termini di salute, ad una fascia giovanile che, invece, deve essere particolarmente protetta perché più indifesa. In via generale, quindi, vanno sempre tenute ben distinte le soluzioni - ed i conseguenti piani e politiche di attuazione - relativamente alla promozione della salute dei cittadini, da un lato, ed al controllo ed alla repressione del mercato illegale, dall'altro. Per contro, non è neppure accettabile che vengano perseguite politiche di mera proibizione senza preoccuparsi di attivare, contemporaneamente, concrete ed efficaci attività di prevenzione - sia primaria che secondaria - di recupero e responsabilizzazione, con collaterali e permanenti azioni di polizia per il controllo del riciclaggio del denaro sporco. Non vi è dubbio, infatti, che i cospicui capitali derivanti dalla produzione di droga e dalla rete di vendita sottostante potrebbero essere ben monitorizzati con i sistemi già esistenti e con politiche comunque efficaci perché in grado di non far pagare al cittadino l'altissimo prezzo della lotta alla criminalità che si otterrebbe con l'aumento del "rischio salute" legato ad una accresciuta disponibilità e ad un più facile accesso a tali sostanze.



I livelli strategici di intervento

Alla luce dei principi sopra esposti, le strategie d'intervento devono focalizzare l'attenzione, contemporaneamente, su tre livelli di azione:

- I Livello
Sulle persone a potenziale rischio, sulle famiglie e sulla domanda di sostanze psicoattive.
- II Livello
Sulle persone che già presentino un problema, più o meno espresso, di uso non terapeutico e/o di dipendenza da sostanze.
- III Livello
Sulla comunità nel suo complesso e le organizzazioni deputate all'amministrazione ed al governo del territorio.

Le principali indicazioni strategiche di intervento possono essere così rispettivamente esemplificate per ciascun livello di azione:

I Livello: riduzione della domanda

1. Strutturare i programmi di intervento basandosi sulla finalità generale di incoraggiare e promuovere l'acquisizione da parte delle persone di conoscenze, consapevolezza e senso di responsabilità verso la propria ed altrui salute, in un contesto di comportamenti volontari, motivati, liberi ed il più possibile autodeterminati.
2. Informare le persone in maniera esauriente, costante ed oggettiva, dei rischi e dei danni che l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive può provocare alla salute psico-fisica, alla famiglia ed alla società. Nel contempo, informare anche delle misure efficaci che possono essere intraprese per prevenire l'uso di tali sostanze, realizzando, a partire dalla prima infanzia, programmi educativi permanenti e di vasta portata.
3. Promuovere la conformazione degli ambienti pubblici, privati e di lavoro, in modo che siano il più possibile tutelati dalla circolazione incongrua di sostanze psicoattive e protetti da incidenti, violenze od altre conseguenze negative dovute all'uso non terapeutico di tali sostanze.
4. Applicare le leggi ed incentivare azioni di prevenzione che scoraggino le persone dal mettersi alla guida o dallo svolgere attività lavorative dopo aver usato sostanze psicoattive.
5. Promuovere la salute anche attraverso il controllo ed il contrasto alla disponibilità ed all'accesso, in particolare da parte della popolazione giovanile, alle sostanze psicoattive, tramite una più rigorosa e controllata prescrizione medica di tali sostanze legali (quando necessaria) ed una serie di azioni in ambito repressivo nei confronti di quanti provvedano alla produzione e/o diffusione delle sostanze illegali.
6. Attuare severe misure di controllo sulla pubblicità diretta od indiretta di sostanze psicoattive, al fine di assicurare che nessuna forma di pubblicità sia specificamente rivolta ai giovani e comunque, colleghi tali sostanze ad eventi o stereotipi comportamentali giovanili presentati come "positivi o di tendenza."
7. Incoraggiare un maggior senso di responsabilità etica e giuridica fra coloro che operano nei settori del *marketing* o del commercio di sostanze psicoattive legali.
8. Garantire severi controlli sulla correttezza di prescrizione e fornitura dei farmaci psicoattivi da parte di medici e farmacisti.

II Livello: cura e riabilitazione

1. Garantire alle persone dedite all'uso non terapeutico di sostanze e/o dipendenza ed alle loro famiglie, l'accesso e la precoce disponibilità ad efficaci servizi di supporto, trattamento e riabilitazione, gestiti da personale opportunamente preparato ed abilitato.
2. Assicurare percorsi e programmi che considerino prioritari il contatto precoce con la persona, l'incentivazione ed il raggiungimento (non pregiudizievole dell'erogazione delle prestazioni sociosanitarie) della sospensione permanente dell'uso non terapeutico di sostanze psicoattive, con l'obiettivo finale ed irrinunciabile (anche se spesso raggiungibile solo nel lungo termine) di recuperare integralmente l'individuo ad una vita dignitosa ed indipendente.
3. Riconoscere la "Dipendenza da Sostanze" come una "patologia", uno "stato di malattia", e non come una semplice "deviazione dalla normalità", che necessita quindi di interventi e cure specifiche ma contemporaneamente definirla come sicuramente curabile, guaribile e superabile anche se spesso con andamento cronico e recidivante, (ma remissibile nella grande maggioranza dei casi). In altre parole considerare che "non esistono tossicodipendenti inguaribili". Tale dipendenza è accompagnata da grave compromissione delle situazioni sociali e deve beneficiare di opportune e specifiche forme di assistenza, prevenzione delle patologie correlate e riabilitazione, basate sull'adesione volontaria del soggetto interessato, nonché su di un approccio globale che sia incentrato sulla persona, abbia carattere professionale e scientificamente orientato e che, in particolare, sia libero da pregiudizi morali e da atteggiamenti discriminatori.
4. Riconoscere che, nei confronti delle persone con dipendenza da sostanze (specialmente con uso iniettivo), è prioritario intervenire tempestivamente, al fine sia di contrastare l'emergenza di patologie diffuse e/o mortali e/o gravi stati di devianza sociale (quali la prostituzione e le attività criminali) correlati all'uso di tali sostanze, sia di evitare la possibilità di morte o di acquisizione di gravi malattie o stati di devianza sociale fortemente e permanentemente invalidanti e in quanto tali, in grado di compromettere le possibilità future di reale riabilitazione.
5. Impegnarsi affinché le pene per i reati connessi all'uso non terapeutico di sostanze psicoattive (esclusi il traffico e lo spaccio) possano essere trasformate, quando possibile, in attività e contributi che siano realmente riabilitative per la persona interessata, abbiano carattere di utilità sociale e ne incoraggino il recupero psico-sociale utilizzando, a tali fini, ambienti preferibilmente diversi da quello carcerario.
6. Promuovere - attraverso la conclusione e l'attuazione di accordi ed iniziative con le organizzazioni dei lavoratori e degli imprenditori - il reinserimento sociale e lavorativo delle persone con problemi di dipendenza, realizzando opportune forme e fasi di lavoro protetto e garantendo situazioni di tutela sociale finalizzate al sostegno di esse e delle loro famiglie.
7. Nel quadro dei vari programmi terapeutici e riabilitativi e durante il loro svolgimento, considerare fondamentale anche la ricostruzione e lo sviluppo di reti sociali in grado di assicurare una maggiore probabilità di successo riabilitativo, incoraggiando e sostenendo la partecipazione duratura ad attività culturali, ricreative, sportive o di impegno sociale.

III Livello: comunità in generale ed organizzazioni sociosanitarie

1. Formulare ed emanare indicazioni strutturate di programmazione ed indirizzo al fine di promuovere e condividere modelli culturali espliciti contro l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive e verso la promozione della salute, incentivando e proponendo forme di valorizzazione della persona e di un operare, individuale e sociale, responsabile.



2. Accrescere, anche attraverso il coinvolgimento diretto dei *media* e degli *opinion leader* sociali, le capacità della comunità di occuparsi realmente delle problematiche correlate all'uso delle sostanze psicoattive. Promuovere, inoltre, la formazione degli operatori dei vari settori coinvolti - sanitario e sociale, ma anche educativo e giudiziario - contestualmente al rinforzo ed allo sviluppo del ruolo centrale della comunità, nell'enunciazione ed affermazione di modelli culturali impostati al non uso di droghe.
3. Pretendere che le organizzazioni che si dedicano alle attività di prevenzione o di assistenza alle persone tossicodipendenti definiscano chiaramente obiettivi ed indicatori di risultato, utilizzando un approccio pragmatico, scientificamente ed organicamente orientato; esigere che vengano monitorizzati i progressi e venga garantito l'aggiornamento periodico dei programmi, basandosi sulla valutazione costante dei risultati ottenuti in ordine a:
 - riduzione della domanda;
 - allontanamento o sospensione dall'uso di sostanze;
 - aumento o conservazione della *performance* globale (fisica, psicologica e relazionale) della persona con dipendenza sottoposta a interventi e trattamenti;
 - miglior aumento della qualità di vita;
 - riduzione dell'incidenza di patologie correlate sia in ambito sanitario che psico-sociale (prostituzione, criminalità, etc).
4. Ottenere che le istituzioni pubbliche competenti (Aziende ULSS, enti locali, Regione, etc.) si impegnino effettivamente nella lotta alla droga, dedicandovi finanziamenti annuali con specifiche voci di bilancio, identificando programmi d'intervento permanenti e realmente condivisi con le varie realtà operative ed organizzando valide forme di consultazione e di coinvolgimento delle organizzazioni di privato sociale e volontariato nelle decisioni.
5. Approntare efficaci sistemi di raccolta ed elaborazione dati, per disporre di informazioni sempre più precise e tempestive nell'ambito epidemiologico, sui flussi di nuove sostanze e sulle dimensioni esatte del fenomeno attraverso specifici stadi di prevalenza ed incidenza.
6. Sostenere le organizzazioni (governative e non) e in particolare, coloro che operano nell'ambito della prevenzione primaria o della diminuzione dell'incidenza delle patologie correlate all'uso di sostanze psicoattive, nonché i gruppi di auto-aiuto.

I DIRITTI E LA RESPONSABILITÀ DELLA PERSONA E I VALORI DA PROMUOVERE E PROTEGGERE

La carta dei diritti e delle responsabilità della persona

Al fine di concretizzare in uno i concetti sopra esposti anche in un elenco dei diritti che bisognerebbe garantire alla persona da parte delle pubbliche amministrazioni e le responsabilità individuali, è stata predisposta una " Carta dei Diritti e delle Responsabilità " al fine di realizzare azioni ed interventi concreti per una società libera dalle droghe. L'adozione di tale carta, da parte delle pubbliche amministrazioni, comporta un impegno morale rispettare nei contenuti e a mettere in atto, conseguentemente, un controllo di coerenza dei principi in essa contenuti con i propri atti di programmazione ed intervento nel campo delle tossicodipendenze.

Tab. 1: Principi etici

N	PRINCIPI ETICI: I DIRITTI E LE RESPONSABILITÀ DELLA PERSONA
1	Tutti hanno diritto a ricevere, fin dalla prima infanzia, un'informazione ed un'educazione valide ed imparziali sugli effetti negativi che possono derivare dall'assunzione di sostanze psicoattive.
2	Tutti hanno diritto a godere di azioni sociali che promuovano e proteggano la salute, la famiglia, la comunità e l'ambiente di lavoro da incidenti, violenze ed altri effetti dannosi (ivi comprese le patologie diffuse) che possono derivare dal consumo di sostanze psicoattive.
3	Tutti i bambini e gli adolescenti hanno il diritto di crescere in un ambiente protetto dagli effetti negativi che possono derivare anche da un'informazione promuovente l'uso di sostanze psicoattive o che sottovaluta i rischi e i danni ad esse correlati.
4	Tutti coloro che assumono sostanze psicoattive secondo modalità dannose, non terapeutiche od a rischio, nonché i loro familiari, hanno diritto a supporti, trattamenti e cure precoci ed accessibili (rispettando la libera scelta sul luogo e le modalità di cura), finalizzati al totale recupero della persona mediante la sospensione dell'uso di sostanze ed il reinserimento in una vita autonoma, dignitosa ed indipendente. Tutti gli utilizzatori possiedono anche il diritto ad avere a disposizione efficaci e permanenti informazioni ed azioni tese a prevenire l'acquisizione di patologie correlate all'uso di sostanze psicoattive e le conseguenti altre gravi situazioni sociali ed ambientali, quali le attività criminali e la prostituzione.
5	Tutte le persone hanno il diritto di essere salvaguardate da pressioni e/o offerte, dirette od indirette, individuali o sociali, volte a promuovere l'uso di sostanze psicoattive. Inoltre, costituisce loro diritto essere sostenute nel comportamento di sobrietà e di non consumo.
6	Tutte le persone hanno diritto di poter esprimere, valorizzare e conservare le loro potenzialità intellettuali, professionali ed umane in un contesto di libertà e di indipendenza dagli effetti derivanti dall'uso non terapeutico di sostanze psicoattive.
7	Tutte le persone hanno diritto che le scelte e le attività istituzionali finalizzate al contrasto del mercato illegale di sostanze psicoattive non utilizzino strategie che esponano a rischi la loro salute facendo aumentare la disponibilità di droga.
8	Tutte le persone hanno il diritto di autodeterminare i propri comportamenti e stili di vita in un contesto di dignità e di reciproco e vincolante rispetto degli altrui diritti e delle altrui libertà.
9	Tutte le persone hanno la responsabilità individuale di attuare comportamenti per promuovere e proteggere la propria salute e quella altrui, sostenendo anche le altrui scelte di sobrietà, adottando quindi comportamenti sociali espliciti in tale senso, oltre che supportare le persone vulnerabili a sviluppare dipendenza da sostanze.



PROGRAMMAZIONE REGIONALE IN MATERIA DI DIPENDENZE DA SOSTANZE

Sante Bressan

Direzione per i servizi sociali Assessorato alle Politiche Sociali Regione Veneto

Con la “Approvazione del documento programmatico per la terza Conferenza Nazionale sulle Tossicodipendenze di Genova (28-30 novembre 2000)”, di cui alla DGR n. 3701 del 24.11.2000, la Giunta Regionale ha definito le politiche e le strategie generali di intervento nel campo delle dipendenze, che sono state oggetto di consenso da parte della maggioranza delle regioni Italiane.

La Regione Veneto, in vista di quell'importante evento, ha ritenuto necessario dotarsi di un proprio documento, sui principi di base che dovrebbero ispirare ed orientare la lotta alla droga, la programmazione coerente degli interventi e l'organizzazione integrata del sistema “pubblico-privato sociale accreditato-volontariato”.

Con questo documento programmatico, dal titolo “*Le Politiche della Regione Veneto per una società libera dalle droghe*”, ci si è posti fondamentalmente tre finalità:

- fornire indicazioni al fine di uscire dall'ambiguità relativamente all'atteggiamento da tenere, come pubbliche amministrazioni, nei confronti dell'uso di droghe inserendo la prevenzione di tale comportamento in una logica più ampia di promozione e protezione della salute dei cittadini;
- fornire indicazioni generali e strategiche sulla moderna organizzazione dei sistemi di risposta al problema droga con la creazione di forti sinergie tra il pubblico, il privato sociale accreditato ed il volontariato, perseguendo quindi una logica di “sistema delle dipendenze”.
- ribadire il ruolo principale della Regione nell'attuazione dei piani di intervento ma, soprattutto, nella programmazione e nella formulazione del piano strategico che andrà poi declinato e reso operativo dalle singole Aziende ULSS tramite i Dipartimenti delle Dipendenze.

Nel documento per la terza Conferenza Nazionale sulle Tossicodipendenze, quindi, è stata ribadita la finalità importante di favorire l'interscambio e la collaborazione tra le varie realtà ed

organizzazioni al fine di incrementare l'integrazione dei servizi e delle organizzazioni operanti nel settore (pubbliche, del privato sociale accreditato e del volontariato) e di promuovere lo sviluppo qualitativo dell'intero sistema reticolare dei servizi. Tutto questo su una base di parità, ma nel rispetto delle competenze specifiche e delle responsabilità che, allo stato attuale, sono differenziate tra pubblico e privato sociale.

A questo proposito non si può più considerare solo la realtà dei Ser.T come unico centro operativo assistenziale, ma bisogna operare promuovendo la logica del "Sistema Integrato Preventivo-Terapeutico-Riabilitativo delle Dipendenze".

Un sistema, cioè, formato da varie componenti con pari dignità, con compiti, modalità, responsabilità e ambiti di intervento diversi, ma necessariamente coordinate ed integrate per creare una linea di continuità assistenziale che passi attraverso il primo e precoce contatto "in strada", l'offerta di programmi a bassa soglia di accesso per la prevenzione delle patologie correlate alla tossicodipendenza attiva, l'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali, l'inserimento in programmi residenziali, fino all'attivazione di specifici programmi di reinserimento e prevenzione delle ricadute, una volta abbandonato l'uso di droga ed acquisito un sufficiente grado di autonomia personale. Tutti i componenti di questo sistema devono però poter essere pariteticamente coinvolti, partecipi e non più operanti in maniera svincolata e sCOORDINATA da gli altri.

Questo sistema trova la sua naturale e legittima espressione organizzativa nella realizzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze, in ogni azienda sanitaria, che incrementano le possibilità di coordinamento tra le parti (pubblico e privato sociale accreditato). Il tutto nella logica di fornire ad ogni utente, in maniera coordinata e responsabile, un progetto individualizzato, integrato, senza mai abbandonare alcuna persona tossicodipendente "sulla strada" con il rischio di intraprendere attività criminali o di prostituzione.

Tutto questo soprattutto nelle fasi più difficili da governare da un punto di vista terapeutico e cioè la recidiva e i momenti di crisi. Bisogna quindi che gli operatori sviluppino ed acquisiscano un modello culturale di intervento basato su concetti di elasticità, flessibilità e diversificazione del loro operare e coordinamento reciproco, nel vero interesse della salute psicofisica dell'utente e della sua famiglia.

L'esigenza di dare corpo e continuità operativa alle strategie già individuate nei documenti suddetti, ha reso poi necessaria l'adozione di un'altro documento atto a dare continuità operativa alle stesse, con un piano operativo che definisce azioni specifiche da porre in atto nel corso dei prossimi anni per trasformare gli intenti in fatti concreti.

Questo documento, dal titolo *"Indirizzi di Intervento del Settore delle Dipendenze"*, si articola in aree dove concentrare una serie di azioni specifiche per vari settori di intervento, ed individua alcune priorità che puntano soprattutto a riconoscere il bisogno di creare un avanzato ed integrato sistema di risposta organizzata al problema droga basato su 5 priorità principali:

- il Dipartimento delle Dipendenze (la pari dignità): promuovere politiche regionali ed aziendali che incentivino la realizzazione di organizzazioni efficienti quali i Dipartimenti delle Dipendenze, finalizzati soprattutto a creare un "sistema di sinergie" pubblico – privato sociale accreditato – volontariato in un contesto di pari dignità;
- l'enfasi sulla prevenzione primaria e secondaria: incentivare la creazione di campagne informative ed iniziative permanenti contro l'uso di sostanze, coinvolgendo soprattutto le scuole, le associazioni sportive, gli ambienti di divertimento con particolare rilievo per i programmi sulla vulnerabilità da dipendenza da sostanze; incentivare e sviluppare solo programmi e progetti con piani di valutazione quantitativa degli effetti ottenuti;
- la qualità dei servizi: ristrutturare la rete dei servizi pubblici (Sert) e delle Comunità Terapeutiche, con criteri di qualità uniformi su tutta la Regione, fortemente coordinati tra loro all'interno dei Dipartimenti, creando un sistema di accreditamento regionale;
- lo sviluppo tecnologico e la formazione permanente: introdurre innovative forme di tecnologia informatica in modo da aumentare le potenzialità comunicative tra le varie



componenti del sistema delle dipendenze con piani di formazione ed aggiornamento permanente degli operatori;

- l'integrazione con gli enti locali: incentivare il coordinamento e la compartecipazione attiva delle Amministrazioni Comunali e Provinciali alle politiche locali sulle tossicodipendenze con specifici programmi di comunità.

Un continuo miglioramento del sistema delle Dipendenze non può prescindere, tuttavia, dall'introduzione di tecniche in grado di far aumentare la qualità dei Ser.T e delle Comunità. Al fine, dunque, di promuovere un continuo miglioramento dei servizi pubblici e privati nel campo delle dipendenze, la Regione Veneto intende continuare ad incentivare la costruzione di un sistema organico, che introduca tecniche di miglioramento continuo della qualità, fortemente orientato alla valutazione costante dei risultati sia dei Ser.T che delle Comunità.

Un tale sistema, centrato sul concetto di qualità valutata, mediante l'utilizzo di sistemi di verifica e controllo e di metodologie scientifiche, permette di valutare oltre alle prestazioni erogate (output) anche i risultati finali ottenuti (outcome) a fronte delle risorse impiegate (input). Tutto questo inserendo nei programmi di formazione ed aggiornamento degli operatori, specifici percorsi per l'acquisizione di queste tecniche che permettano di sviluppare un vero know how interno e permanente, orientato al "management clinico e gestionale", indispensabile per garantire efficienza ma soprattutto efficacia.

È importante, inoltre, valutare gli esiti dei trattamenti puntando soprattutto a determinare, con valutazioni qualitative e quantitative, i risultati su cinque principali aspetti:

1. discrepanza tra numero di tossicodipendenti stimati presenti sul territorio e numero di tossicodipendenti realmente in carico ai servizi e alle comunità e quelli non assistiti (differenza tra bisogno e reale offerta assistenziale - efficienza allocativa);
2. durata della sospensione dell'uso delle sostanze stupefacenti valutata in relazione ai trattamenti;
3. capacità di ridurre l'incidenza delle principali patologie correlate (infezione da HIV, epatiti, malattie sessualmente trasmesse, TBC e overdose) e la presenza di attività sociali devianti (criminalità e prostituzione);
4. capacità di produrre un reale reinserimento sociale e lavorativo;
5. costi assistenziali diretti generati con stima degli indiretti.

La programmazione regionale nel settore delle dipendenze, peraltro, si è concretizzata, negli ultimi anni, nel sostegno di importanti progettualità tese fra gli altri al miglioramento sia dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.), sia dei servizi del privato sociale (Comunità terapeutiche).

A tal riguardo, l'esigenza di perfezionare il sistema di valutazione e di controllo della qualità delle strutture suddette, ha spinto la Regione Veneto - fin dal 1998 - all'attuazione del Progetto *"Total Quality Management (TQM) sulla valutazione e controllo della qualità dei servizi pubblici e privati delle tossicodipendenze"*.

La realizzazione di un sistema integrato di valutazione della qualità degli interventi dei Ser.T. e delle Comunità Terapeutiche, lo sviluppo della cultura stessa della valutazione della qualità, il potenziamento degli strumenti e delle metodologie in dotazione ai Servizi, per il controllo degli obiettivi e della qualità dei processi, il controllo dell'efficienza e dell'efficacia del sistema nel suo complesso sono solo alcune tra le finalità perseguite nell'ambito di questa progettualità.

Tre sono i momenti a suo tempo individuati per la realizzazione di tali obiettivi: una prima fase di studio e adattamento dei prototipi e dei modelli per il miglioramento costante della qualità; una seconda fase di definizione del profilo di qualità (standard minimi e criteri di accreditamento) delle varie componenti del sistema regionale delle tossicodipendenze; una

terza fase in cui si prevede la messa a regime e la gestione, presso i Ser.T. e le comunità terapeutiche, del sistema di valutazione ed il miglioramento costante della qualità.

A conclusione della progettualità, rilevanti sono gli sviluppi e i risultati raggiunti: dall'elaborazione di un primo manuale, contenente un modello concettuale di riferimento di *"Quality Management"*, ad uso di tutte le unità operative ed organizzazioni interessate, alla creazione e sperimentazione di programmi informatici (software MFP) ad uso degli operatori dei servizi per le tossicodipendenze e delle comunità terapeutiche, all'attivazione del portale internet Dronet Veneto (rete informatica per la trasmissione e lo scambio di dati e di informazioni via internet).

Questo manuale illustra, dunque, l'attività e i risultati di anni di studi e di ricerca, il cui obiettivo finale, che non può prescindere da una valutazione costante della qualità dei programmi attuati, è la crescita del sistema nel suo complesso, l'adozione di nuovi stili di lavoro atti a gestire ed affrontare in maniera sempre più proficua i problemi dei soggetti tossicodipendenti, l'attuazione di interventi mirati e selezionati nella loro efficacia soprattutto in vista del recupero della persona nella sua globalità.



UNA STRUTTURA CONCETTUALE PER MISURARE LA QUALITÀ DELL'ASSISTENZA SANITARIA PUBBLICA

Arden Handler, Michele Issel, Bernard Turnock

School of Public Health -University of Illinois – Chicago

PREMESSE

Negli ultimi dieci anni, vi è stata una crescente attenzione verso la misurazione della qualità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria. Tale attenzione si è concentrata sulle diverse relazioni tra la struttura organizzativa, la pratica clinica, gli "esiti" sui pazienti ossia i cambiamenti nel loro stato di salute, con la forte convinzione che la medicina dovrebbe essere basata sulle evidenze scientifiche. Tale orientamento verso la medicina basata sulle evidenze scientifiche è avvenuto contemporaneamente a varie ricerche condotte con il supporto di organizzazioni pubbliche quali l'Ente per la Ricerca sull'Assistenza Sanitaria e la Qualità, (Agency for Healthcare Research and Quality), e congiuntamente ad alcuni tentativi finalizzati a misurare la qualità dell'assistenza, che hanno avuto il sostegno di enti di accreditamento quali il Comitato Nazionale per l'Assicurazione della Qualità, (National Committee for Quality Assurance), e la Commissione sull'Accreditamento delle Strutture Sanitarie (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations).

Le attività di questi enti di accreditamento, di altri istituti di ricerca privati, e del governo federale, non hanno portato ad un sistema concettuale unico per la valutazione della qualità delle prestazioni sanitarie. Tuttavia, i ricercatori dei servizi sanitari che si occupano di questi aspetti capiscono bene che i loro sforzi rientrano in una strategia più ampia atta ad accrescere la qualità dell'assistenza medica e migliorare così gli esiti sul singolo paziente.

Sfortunatamente, non vi è stato alcun movimento parallelo, alcuna ricerca o struttura concettuale per la valutazione della qualità nell'erogazione dell'assistenza sanitaria pubblica e del rapporto tra le pratiche sanitarie pubbliche e gli esiti sulla popolazione. Questa mancanza di attenzione sulla qualità del sistema sanitario pubblico, è da attribuire al mancato raggiungimento di una linea comune da adottare per rendere operativa la missione della sanità pubblica. Ciò nonostante, durante gli anni 90, la sanità pubblica si è attivata per ridefinire gli aspetti operativi della sua missione, in vista del rapporto dell'Istituto di Medicina "Il futuro della sanità pubblica", che descriveva le ampie funzioni della sanità pubblica in termini di valutazione, sviluppo delle politiche e assicurazione della qualità.

I ricercatori ed i medici interessati alla scienza che sta alla base del sistema di erogazione della sanità pubblica hanno cominciato ad utilizzare questo sistema di importanza cruciale per concettualizzare la pratica sanitaria pubblica e a valutare gli aspetti relativi alla qualità dell'assistenza. Questi sforzi, tuttavia, hanno avuto un valore limitato per diverse ragioni, tra queste la considerazione soltanto di un aspetto qualitativo, ossia i processi fondamentali legati alla pratica sanitaria pubblica. Con una eccezione di rilievo, questi erano anche largamente focalizzati su un livello del sistema sanitario pubblico, le prestazioni locali. Ma la cosa più importante è che, senza un metodo concettuale che descrivesse le componenti del sistema, i tentativi di comprendere gli effetti delle forze esterne sul sistema sanitario pubblico o dei suoi sottosistemi o di esaminare le relazioni tra le diverse componenti del sistema, furono scarsi.

Per fornire una base scientifica per lo studio della qualità dell'assistenza sanitaria pubblica, è infatti necessario articolare una struttura concettuale che spieghi le varie componenti e le relazioni esistenti tra di loro. In questo articolo viene appunto proposto questo sistema.

INTRODUZIONE

Il sistema concettuale qui proposto per misurare la qualità del sistema sanitario pubblico è basato sul lavoro di Donabedian, che mette insieme struttura, processi, risultati di output e di outcome in un modello per la valutazione della qualità ed il monitoraggio dei sistemi.

Bernard Turnock e Arden Handler avevano proposto un modello simile quale base per esaminare la qualità dell'assistenza sanitaria pubblica durante la metà degli anni 90. Durante questo loro primo tentativo, questi autori avevano preso in esame tutti i vari sforzi realizzati fino ad allora negli Stati Uniti, per misurare la qualità delle prestazioni sanitarie, ed erano giunti alla conclusione che, queste ricerche passate, mancavano di un adeguato sistema concettuale che definisse il sistema sanitario pubblico.

Il sistema proposto in questo articolo è stato messo a punto in collaborazione con un gruppo di esperti e con l'Ufficio per la programmazione sanitaria pubblica (Public Health Practice Program Office), nell'ambito dei Centri di Prevenzione e controllo delle Malattie (CDC, Centers for Disease Control and Prevention).

Come si può vedere nella figura, il sistema sanitario pubblico comprende 4 elementi: la missione, la capacità strutturale, i processi e i risultati di outcome. Queste componenti del sistema sono influenzate da un quinto elemento, il macrocontesto.

Il sistema per misurare la qualità dell'assistenza sanitaria, la misura in cui il sistema raggiunge la sua missione, richiede la capacità di misurare ciascuno degli elementi del sistema e le relazioni esistenti tra di loro. Sebbene ciascun elemento venga descritto e discusso separatamente, il sistema sanitario pubblico si presume sia un sistema aperto con relazioni che portano ad un'interazione e ad un adattamento reciproco tra i componenti. Allo stesso modo, si presuppone esistano numerose interazioni tra i componenti, che non vengono qui spiegate, almeno in gran parte, per mantenere il sistema il più essenziale e quindi più chiaro possibile.

Questa struttura può essere utilizzata come base per misurare la qualità dell'assistenza sanitaria pubblica nel suo insieme, quindi nei vari enti ed organizzazioni coinvolti nell'erogazione di prestazioni sanitarie pubbliche.

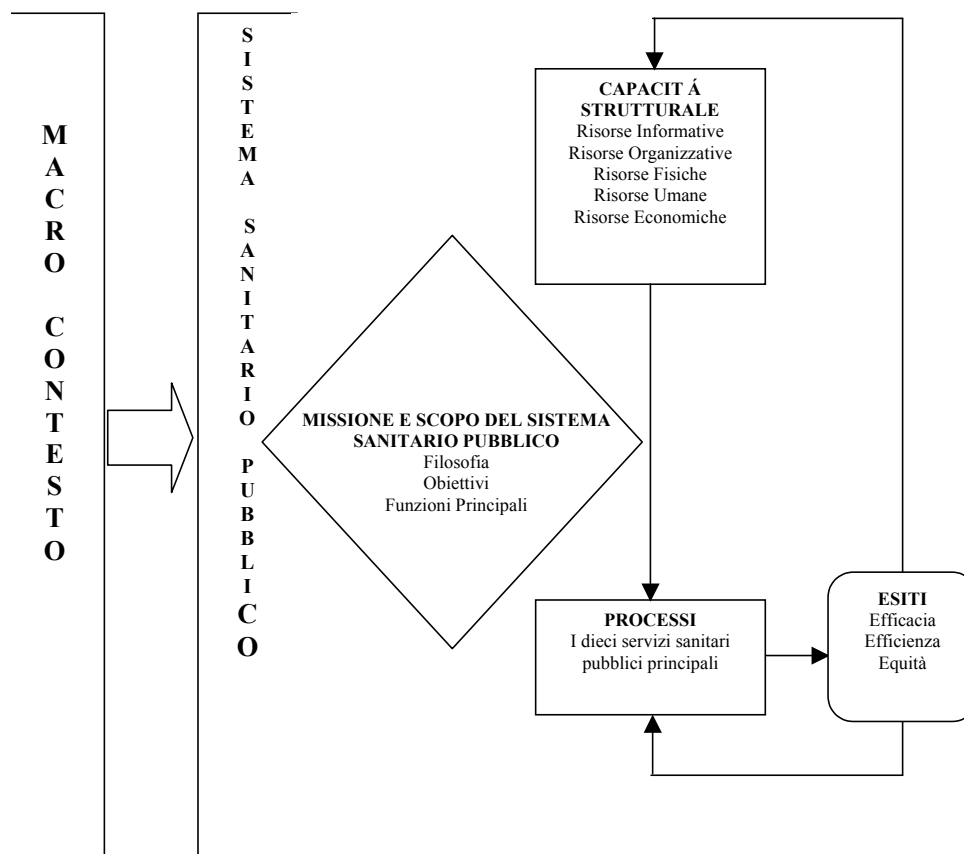
Può essere applicata a più livelli per valutare il sistema sanitario pubblico nazionale, i vari sistemi sanitari statali e locali. Mentre il modello può essere applicato per esaminare la qualità di un intervento o di programma sanitario pubblico specifico, qui l'attenzione è rivolta a sistemi più complessi.

Come mostra la figura 1, la missione, la capacità strutturale, i processi e i risultati di outcome del sistema sanitario pubblico sono influenzati dall'ambiente sociale, economico e politico nel quale opera il sistema. Se la missione e le funzioni del sistema devono essere raggiunte, deve essere presente un'adeguata capacità strutturale. Le risorse e le relazioni che costituiscono questa capacità vengono utilizzate per realizzare i processi di sanità pubblica, quelli che identificano i bisogni prioritari della popolazione in termini di salute, e decidono come



verranno soddisfatti, così come quelli che rappresentano i risultati di output di questi processi più importanti, i servizi sanitari pubblici, le politiche e gli interventi. Questi processi di sistema costituiscono la pratica sanitaria pubblica. I risultati finali dell'assistenza sanitaria pubblica sono i risultati di outcome del sistema, misurati come miglioramenti dello stato di salute della popolazione.

Fig. 1: Sistema concettuale del sistema sanitario pubblico, che costituisce la base per il sistema di misurazione della qualità dell'assistenza sanitaria



Di seguito viene fatta una descrizione dei componenti del sistema concettuale e delle relazioni tra loro esistenti.

Nonostante siano innumerevoli i quesiti relativi alla ricerca o all'assistenza che possono essere risolti con questo sistema, questi non vengono affrontati in questa sede. Vengono, tuttavia, presentati alcuni esempi che possono risultare significativi, unitamente ad una discussione su aspetti legati alla misurazione, per ciascun componente del sistema.

I COMPONENTI DEL SISTEMA

Il macrocontesto

Il macrocontesto rappresenta il livello al di sopra del sistema e l'ambiente che influenza direttamente o indirettamente l'esistenza ed il funzionamento del sistema sanitario pubblico. Include fenomeni quali le forze sociali, politiche ed economiche che operano nell'intera società

(per es. l'economia nazionale in un determinato momento); il bisogno e la richiesta di servizi sanitari pubblici all'interno della popolazione; i valori sociali e le preferenze per i prodotti del sistema sanitario pubblico (es. l'acqua potabile); e le forze esterne al sistema sanitario pubblico che fanno pressione su di esso perché funzioni in determinati modi (es. il sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie, i progressi tecnologici, e la natura delle relazioni tra stato e realtà locali).

L'inclusione del macrocontesto nel modello, dimostra che il sistema sanitario pubblico è coinvolto, in una relazione dinamica, con una serie di fattori esterni alla sua missione e al suo scopo. Il macrocontesto può influenzare la qualità dell'assistenza sanitaria pubblica attraverso l'impatto sulla missione del sistema (per es. i cambiamenti nel sistema delle prestazioni sanitarie possono influenzare il modo in cui la sanità pubblica definisce il suo ruolo), sulla capacità (per es. soltanto una quantità limitata di risorse economiche e umane può essere disponibile per il sistema sanitario pubblico), sui processi (i progressi tecnologici potrebbero influenzare l'efficacia degli interventi), e sui risultati di outcome (es. la pertinenza di determinati esiti sullo stato di salute dipende dai valori sociali e dalle necessità in qualsiasi momento).

Ad oggi, domande sul contesto nel quale opera il sistema sanitario pubblico, così come il suo impatto sui componenti del sistema e il rapporto verso la qualità dell'assistenza, non sono state ben formulate. I ricercatori ed i medici, tuttavia, interessati a conoscere l'impatto dell'ambiente sociale, economico e politico sull'assistenza sanitaria, saranno probabilmente in grado di ottenere le misure delle variabili specifiche del macrocontesto da una serie di fonti del settore pubblico e privato. Una serie di possibili domande e di misure esiste, per molte delle argomentazioni del macro contesto di interesse (per es. i valori della società), potrebbero non esserci attualmente misure sufficienti o addirittura nessuna.

La missione

La missione del sistema sanitario pubblico include i suoi obiettivi in qualunque momento e le modalità con cui, a livello concettuale, questi vengono realizzati. All'inizio del 21° secolo, la missione della sanità pubblica è quella di garantire alle persone condizioni di buona salute. Questa missione viene concettualizzata attraverso la realizzazione delle funzioni principali della valutazione, dello sviluppo delle politiche e della assicurazione della qualità. Queste funzioni sono state definite e descritte in vari modi dopo esser state riportate nella relazione dell'Istituto di Medicina. Esse, comunque, sono arrivate a rappresentare i modi generali in cui i problemi della sanità pubblica vengono identificati e affrontati attraverso sforzi organizzati collettivi.

Misurare la "missione" del sistema sanitario pubblico separatamente dalle sue componenti potrebbe essere possibile. Si potrebbe immaginare un esame dell'impatto dei cambiamenti nella missione della sanità pubblica, durante il 20° secolo, sulla capacità del sistema o sui processi, con "il tempo" come surrogato per la missione. Allo stesso modo, se lo scopo è quello di esaminare la missione o lo scopo attraverso i sistemi (es. confronti internazionali), potrebbe essere possibile renderla operativa se la missione di un determinato sistema sanitario pubblico è basata sulla popolazione o focalizzata sui servizi sanitari personali.

La capacità strutturale

La capacità strutturale del sistema sanitario pubblico è costituito dalle risorse cumulative e dalle relazioni necessarie per realizzare gli importanti processi della sanità pubblica. La capacità strutturale comprende i seguenti elementi: le risorse informative, le risorse organizzative, le risorse fisiche, le risorse umane, e le risorse economiche. Una descrizione più dettagliata degli elementi della capacità strutturale è contenuta in un lavoro precedente di Turnock.

Le misure della capacità strutturale del sistema sanitario pubblico esistono in numerose forme e sono disponibili da numerose fonti. L'Associazione Nazionale dei funzionari regionali e



provinciali (National Association of Country and City Health Officials) ha pubblicato diversi profili nazionali di reparti sanitari locali, con una valutazione ad ampio raggio delle infrastrutture sanitarie pubbliche attualmente in via di sviluppo. Questi rientrano tra le fonti di informazione più utili riguardo la capacità strutturale dei sistemi sanitari pubblici locali. Informazioni simili sono state a disposizione presso gli enti sanitari pubblici fino alla metà degli anni 90 attraverso l'Associazione dei funzionari sanitari di Stato e territoriali (Association of State and Territorial Health Officials), gestito dalla Fondazione Sanitaria Pubblica (Public Health Foundation).

Il Gruppo Lewing ha elaborato un inventario approfondito di fonti per ottenere informazioni sulle infrastrutture sanitarie pubbliche. Secondo quest'inventario non esiste alcuna fonte di dati completa sulla capacità strutturale del sistema sanitario pubblico. Il modello concettuale qui presentato, invece, fornisce l'opportunità di identificare una serie di domande logiche che consentono di ordinare i dati esistenti e di cominciare a produrre, in modo sistematico, conoscenze sulla capacità strutturale delle altre componenti del sistema. Questi sforzi potrebbero portare ad una richiesta per la creazione di misurazioni più complete e consistenti della capacità strutturale del sistema sanitario pubblico, fornendo un utile aiuto ai medici nell'identificare quelle aree la cui capacità strutturale richiede di essere rafforzata.

I processi

Le pratiche sanitarie pubbliche possono essere pensate come dei processi chiave attraverso i quali i medici cercano di identificare ed affrontare, dopo aver attribuito delle priorità, i problemi di salute della comunità o della popolazione, le risorse e i risultati di output di questi processi più importanti, gli interventi sanitari, le politiche, le leggi, i programmi e i servizi. I processi della sanità pubblica sono quelli che identificano ed affrontano i problemi di salute, così come i programmi ed i servizi coerenti con i mandati e le priorità della comunità. All'inizio del 21° secolo, i processi della sanità pubblica vengono definiti come "servizi sanitari pubblici essenziali" e costituiscono il punto centrale della pratica sanitaria pubblica. Questi servizi essenziali sono i seguenti:

- Il monitoraggio dello stato di salute per identificare i problemi di salute della comunità.
- La diagnosi e l'approfondimento dei problemi e dei rischi per la salute all'interno della comunità.
- L'informazione e l'educazione delle persone su questioni legate alla salute.
- La mobilitazione delle alleanze all'interno della comunità per identificare e risolvere problemi sanitari.
- Lo sviluppo di politiche e programmi che siano di supporto agli sforzi sanitari individuali e comunitari.
- Il rinforzo delle leggi che proteggono la salute e garantiscono la sicurezza.
- La funzione di tramite tra le persone ed i servizi sanitari necessari al singolo individuo e la garanzia dell'erogazione delle cure sanitarie altrimenti non disponibili.
- La garanzia di una sanità pubblica competente e di un gruppo di lavoro che si occupi delle cure sanitarie personali.
- La valutazione dell'efficacia, dell'accessibilità e della qualità dei servizi sanitari per i bisogni individuali e per la popolazione.
- La realizzazione di ricerche per produrre nuovi spunti e soluzioni innovative ai problemi sanitari.

Questi servizi sanitari essenziali possono essere visti come parzialmente ciclici. Il ciclo ha inizio con l'identificazione e l'approfondimento dei problemi sanitari. Questi processi iniziali, associati al processo di mobilitazione e informazione delle comunità, portano allo sviluppo di politiche e programmi per gli interventi. Attraverso le attività di un gruppo di lavoro competente,

queste politiche e questi programmi vengono tradotti in risultati di output o interventi del sistema sanitario pubblico, nel rinforzo delle leggi, nello sviluppo di altri interventi e servizi ai quali gli individui e la popolazione sono legati. Nonostante la ricerca possa contribuire in diversi aspetti di questo ciclo, la valutazione crea dei legami di feedback a partire dai risultati del sistema sanitario pubblico alla pianificazione. I risultati comunque, delle attività di valutazione aggiungono chiaramente valore ai risultati della ricerca in una determinata area.

È molto probabile che ci siano delle alternative ai legami di feedback sopra descritti. Questa descrizione rappresenta soltanto una parte delle relazioni che potrebbero essere spiegate e potenzialmente considerate da coloro che sono interessati al ruolo della pratica sanitaria nella qualità del sistema sanitario pubblico.

Storicamente, la maggior parte degli sforzi per misurare la pratica sanitaria pubblica è stata focalizzata sulla misurazione dell'esposizione ad interventi sanitari pubblici categorici (risultati di output). Negli ultimi dieci anni, comunque, con l'illustrazione delle funzioni principali della sanità pubblica attraverso i servizi sanitari pubblici essenziali, ci sono stati diversi tentativi per sviluppare misure generiche di pratica sanitaria che sono andate oltre l'attenzione agli interventi categorici. Sempre di più, l'unità di misura della pratica sanitaria pubblica si sta spostando dal programma categorico alla comunità e all'organizzazione. Poiché la pratica sanitaria pubblica è qualcosa di più della somma dei programmi categorici, gli sforzi per misurare i suoi processi devono trascendere i programmi anche perché li include.

In collaborazione con lo staff dell'Ufficio Programmazione Sanitario Pubblico (Public Health Program Office) del Centro di prevenzione e controllo delle malattie (CDC), i ricercatori dell'Università dell'Illinois di Chicago e dell'Università del North Carolina hanno sviluppato e testato una varietà di misurazioni per valutare la qualità dell'assistenza pubblica. Questi sforzi hanno cercato di rispondere a domande sulla qualità di processi correlati di importanza cruciale dalle agenzie sanitarie locali all'interno delle comunità per le quali essi sono a servizio, che ha portato come risultato allo sviluppo di 20 misurazioni concordate, correlate alla qualità della sanità pubblica locale, basate su test condotti dal 1991 al 1995 sull'argomento.

Il Centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CDC) sta sviluppando una serie di misurazioni di qualità più estesa per la pratica sanitaria pubblica statale e locale come parte integrante del programma Nazionale per gli Standard di Qualità della Sanità Pubblica (National Public Health Performance Standards Program). Questi standard di qualità verranno inclusi nella revisione del protocollo di valutazione per l'eccellenza nella sanità pubblica (Assessment Protocol for Excellence in Public Health), come nuovo strumento di autovalutazione e di costruzione della capacità per i sistemi sanitari pubblici della comunità, "La Mobilitazione all'Azione attraverso la Pianificazione e la collaborazione" (Mobilizing for Action through Planning and partnerships o MAPP). Queste misurazioni di qualità potrebbero anche essere utili all'interno di un programma di accreditamento nazionale volontario per le organizzazioni sanitarie pubbliche locali e di stato.

Allo stesso modo, queste misure di qualità nazionali hanno il potenziale di fornire sia ai ricercatori e ai medici i primi indicatori di qualità nella pratica sanitaria pubblica concordati a livello nazionale.

La capacità potenziale di queste misure di dare risposte a domande sulla qualità dell'assistenza sanitaria pubblica dipenderà dalla prevalenza e dalla tempestività della loro implementazione. Se il loro uso è diffuso (o persino obbligatorio), e se i dati vengono raccolti ad intervalli regolari, si potrebbe avere alla fine una serie di misure, concordate a livello nazionale, che consentiranno dei confronti, della qualità nel tempo e del rapporto dei processi sanitari pubblici con la capacità strutturale, i risultati di outcome, e con la missione.

I risultati di outcome

Teoricamente, realizzare i processi di pianificazione del sistema e di sviluppo delle politiche genera interventi (output) tesi a migliorare lo stato di salute, il punto più basso del sistema sanitario pubblico. Questi cambiamenti immediati e a lungo termine sperimentati dagli



individui, dalle famiglie, dalle comunità, dagli operatori e dalle popolazioni sono i risultati di outcome del sistema, il risultato cumulativo dell'interazione della capacità strutturale del sistema sanitario pubblico e dei processi, considerato il macrocontesto e la missione del sistema. Gli outcome possono essere utilizzati per fornire informazioni sulla performance complessiva del sistema, compresa la sua efficienza, la sua efficacia, e la sua abilità nel raggiungere equità tra le popolazioni.

La misura della capacità strutturale del sistema sanitario pubblico (per es. i soldi spesi, il numero di persone adeguatamente formate) e persino i processi della sanità pubblica potrebbero essere intrapresi con una serie di misure relativamente limitato. È più difficile immaginare di utilizzare una serie di misure per valutare il sistema di outcome, in modo particolare perché ciascun intervento o output potrebbe essere associato ad una moltitudine di outcome. Per guidare la valutazione della performance del sistema sanitario pubblico per quanto riguarda i risultati, la nazione ha stabilito obiettivi sanitari nazionali ogni 10 anni a partire dal 1990. Per la maggior parte, ma non per tutti questi obiettivi, adeguati sistemi di sorveglianza (ad es. i record vitali) sono in posti che consentono un accesso facile ai dati per rintracciare cambiamenti nei risultati di outcome nel tempo. Se queste misure di outcome sono associate a informazioni sulla capacità o sui processi generici del sistema sanitario pubblico, i ricercatori ed i medici potrebbero iniziare a sviluppare una comprensione migliore del particolare contributo del sistema sanitario pubblico ai cambiamenti nello stato di salute oltre al beneficio derivato tipicamente da una valutazione di un determinato programma sanitario pubblico o intervento.

Relazioni tra le varie componenti

Ad oggi, la maggior parte delle ricerche pubblicate sulla qualità del sistema sanitario pubblico hanno focalizzato l'attenzione sull'implementazione di un intervento sanitario specifico (output) ed il suo potenziale o effettivo impatto su uno o più esiti dello stato di salute (per es. le immunizzazioni e le malattie infettive, le cure prenatali e i risultati delle gravidanze indesiderate). Molto poco di questo lavoro, tuttavia, ha cercato di mettere insieme i risultati del sistema sanitario pubblico e processi quali la valutazione e la pianificazione o la capacità strutturale del sistema (es. le risorse umane o le risorse informative).

Allo stesso modo, la ricerca sulle pratiche mediche generiche si è concentrata principalmente sulle prestazioni sanitarie pubbliche (processi) piuttosto che sulle relazioni tra l'assistenza e gli altri componenti del sistema come la capacità strutturale. Mentre, per esempio, alcuni ricercatori hanno esaminato le spese in riferimento ai servizi sanitari pubblici essenziali, non hanno, invece, considerato le relazioni tra queste spese e le effettive prestazioni sanitarie pubbliche. Altri hanno, comunque, tentato di esaminare il rapporto tra l'assistenza sanitaria pubblica e la capacità strutturale e, per esempio, tra l'assistenza e gli aspetti del macrocontesto. Soltanto in una ricerca è stata esaminata la relazione tra la prestazione di processo e le misure dello stato di salute della comunità, e non è stata rilevata alcuna relazione costante tra la prestazione di processo ed i risultati di outcome.

È probabile che la spiegazione di un sistema concettuale per il sistema sanitario pubblico come base di partenza per misurare la qualità dell'assistenza incoraggerà i ricercatori ad esaminare le relazioni tra i diversi componenti del modello. Allo stesso modo, tale sistema potrebbe essere di supporto alla gestione delle prestazioni e al miglioramento dell'assistenza. Negli ultimi dieci anni, i programmi per migliorare la sanità pubblica a livello sia statale che locale si sono sforzati di considerare come possono essere misurati gli effetti derivanti dall'aumento delle risorse e le relazioni esistenti tra di loro e come possono essere legate alla qualità dei processi sanitari pubblici e, in definitiva, ai risultati di outcome.

Di conseguenza, gli sforzi compiuti nell'assistenza comunitaria hanno promosso una ricostruzione delle infrastrutture sanitarie pubbliche (per es. l'Health Alert Network funding) organizzando l'assistenza sanitaria statale e locale attorno al sistema dei servizi sanitari pubblici essenziali (ad es. il National Public Health Performance Standards initiative) raggiungendo obiettivi comuni. Sebbene queste attività siano spesso condotte congiuntamente

all'assistenza comunitaria, i loro legami e le relazioni tra loro esistenti non sono mai stati riconosciuti esplicitamente. Sia l'Ufficio per la Programmazione dell'Assistenza Sanitaria Pubblica (Public Health Practice Program Office) del Centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CDC) ed il Programma Nazionale "Turning Point", una importante iniziativa per riformare i sistemi sanitari pubblici sponsorizzati dalle Fondazioni Robert Wood Johnson e Kellogg, hanno riconosciuto l'importanza dell'utilizzo di un sistema comune per la gestione della ricerca e dell'assistenza per accrescere le basi scientifiche della sanità pubblica moderna.

Futuro del sistema

I ricercatori, così come i medici interessati al sistema di erogazione dell'assistenza sanitaria stanno, a poco a poco, producendo una serie di lavori che prendono in esame gli aspetti della qualità dell'assistenza.

Questi sforzi, tuttavia, sono stati intrapresi senza una struttura concettuale unica e senza avere delle misure concordate. Ora invece, che siamo nel 21° secolo e cerchiamo di migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria pubblica e la sua capacità nel dare delle risposte efficaci, è fondamentale che i ricercatori e i medici che si occupano di sanità pubblica intraprendano i loro sforzi servendosi di un sistema concordato in cui vengano specificati i componenti del sistema sanitario e le modalità con cui questi componenti interagiscono tra di loro.

Il sistema concettuale qui descritto può guidare lo sviluppo di strategie e strumenti di ricerca per monitorare la qualità del sistema sanitario e per produrre e finanziare ricerche che apportino delle migliorie al sistema. Esso consentirà a ricercatori, medici e politici di esaminare in modo più efficace il rapporto tra l'assistenza sanitaria e gli esiti sulla popolazione e contribuirà allo sviluppo di una base scientifica per il sistema sanitario pubblico.

Publicato anche su *American Journal of Public Health 2001*, by *The American Public Health Association*, riprodotto e tradotto a cura di Willian Gorge su autorizzazione degli autori.

Copyright 2001, by the Amerincan Public Health Association

BIBLIOGRAFIA

- 1990 National Profile of Local Health Departments. Washington, DC: National Association of CountyHealth Officials, 1992.
- 1992–1993 National Profile of Local Health Departments. Washington, DC: National Association of County and City Health Officials, 1995.
- Aday LA, Begley CB, Larson DR, Slater CH. Evaluating the Medical Care System: Effectiveness, Efficiency, and Equity. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1993.
- Assessment Protocol for Excellence in Public Health. Washington, DC: National Association of County Health Officials. 1991.
- Barry MA, Centra L, Pratt E, Brown CK, Giordano L. Where Do the Dollars Go? Measuring Local Public Health Expenditures. Washington, DC: Public Health Foundation, 1998.
- Dillenberg J, Atchison C, Baumgartner E, et al. Essential expenditures for essential public health services —selected states, fiscal year 1995. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 1997, 48:150–152.
- Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring: The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Vol 1. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1980.
- Eilbert K, Barry M, Bialek R, Garufi M. Measuring Expenditures for Essential Public Health Services. Washington, DC: Public Health Foundation, 1996.
- Eilbert KW, Barry M, Bialek R, et al. Public health expenditures: developing estimates for improved policymaking. J Public Health Manage Pract. 1997;3(3):1–9.
- Handler AS, Turnock BJ, Hall W, et al. A strategy for measuring local public health practice. Am J Prev Med. 1995;11(suppl 6):29–35.
- Handler AS, Turnock BJ. Local health department effectiveness in addressing the core functions of public health: essential ingredients. J Public Health Policy. 1996;17:460–483.
- Harrell JA, Baker EL. The essential services of public health. Leadership Public Health. 1994, 3(3):27–30.



- Healthy People 2000: National Health Promotion and Disease Prevention Objectives. Washington, DC: US Department of Health and Human Services, 1991. DHHS publication PHS 91-50212.
- Institute of Medicine. Improving Health in the Community: A Role for Performance Monitoring. Washington, DC: National Academy Press, 1997.
- Institute of Medicine. *The Future of Public Health*. Washington, DC: National Academy Press, 1988.
- Lewin Group. Strategies for Obtaining Public Health Data at the Federal, State and Local Levels. Fairfax, Va: US Dept of Health and Human Services, 1997.
- Mays G. Organization of the public health delivery system. In: Novick L, Mays G, eds. Public Health Administration: Principles for Population-Based Management. Gaithersburg, Md: Aspen Publishers, 2001.
- Mays GP, Halverson PK, Miller CA. Assessing the performance of local public health systems: a survey of state health agency efforts. *J Public Health Manage Pract*. 1998;4(4):63–78.
- Miller CA, Moore KS, Richards TB, McKaig C. A screening survey to assess local public health performance. *Public Health Rep*. 1994;109:659–664.
- Miller CA, Moore KS, Richards TB, Monk JD. A proposed method for assessing the performance of local public health functions and practices. *Am J Public Health*. 1994; 84:1743–1749.
- Public Health Foundation. Measuring state expenditures for core public health functions. *Am J Prev Med*. 1995.
- Richards TB, Rogers JJ, Christenson GM, Miller CA, Taylor MS, Cooper AD. Evaluating local public health performance at a community level on a statewide basis. *J Public Health Manage Pract*. 1995; 1(4):70–83.
- Richards TB, Rogers JJ, Christenson GM, Miller CA, Gatewood DD, Taylor MS. Assessing public health practice: application of ten core function measures of community health in six states. *Am J Prev Med*. 1995; 11(suppl 6):36–40.
- Schenck SE, Miller CA, Richards TB. Public health performance related to selected health status and risk measures. *Am J Prev Med*. 1995; 11(suppl 6):55–57.
- Scutchfield FD, Hiltabiddle SE, Rawding N, Violante T. Compliance with the recommendations of the Institute of Medicine report, *The Future of Public Health*: a survey of local health departments. *J Public Health Policy*. 1997
- Studnicki J, Steverson B, Blais HN, Goley E, Richards TB, Thornton JN. Analyzing organizational practices in local health departments. *Public Health Rep*. 1994;109:485–490.
- Turnock BJ, Handler AS, Hall W, Lenihan DP, Vaughn EH. Capacity-building influences on Illinois local health departments. *J Public Health Manage Pract* 1995;1(3):50–58.
- Turnock BJ, Handler AS, Miller CA. Core function-related local public health performance. *J Public Health Manage Pract*. 1998; 4(5):26–32.
- Turnock BJ, Handler AS. From measuring to improving public health practice. *Annu Rev Public Health*. 1997.



COMPETENZE DI BASE PER I DIRETTORI DEI DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE: ANALISI DEI BISOGNI E STRUMENTI DI SUPPORTO

Giovanni Serpelloni¹⁾, Elisabetta Simeoni²⁾, George Newman³⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

3. N.I.S.P.E. University of California

INTRODUZIONE

Questo manuale è stato scritto per gli operatori del Dipartimento delle Dipendenze con la finalità di fornire loro nuovi strumenti culturali e tecnici per poter riorganizzare al meglio il proprio lavoro e le proprie unità operative.

Un ruolo decisamente importante e di “*trainer*” viene svolto a questo livello senz'altro dai direttori dei dipartimenti delle Dipendenze, che, con la loro particolare posizione possono essere in grado di influenzare positivamente l'organizzazione nel suo complesso creando quindi opportunità di formazione, stimoli per il miglioramento continuo della qualità, gruppi di lavoro specifici e progetti in grado di riorganizzare l'intero sistema. Tutto questo al fine di renderlo più efficace ed utile per i nostri clienti, passando attraverso anche una razionalizzazione delle proprie modalità operative e quindi un incremento della propria efficienza.

La profonda riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale non può non riguardare anche il mondo delle tossicodipendenze. Le resistenze al cambiamento organizzativo che qualche operatore ha manifestato anche in questo ambito devono essere superate con uno spirito positivo e fortemente coinvolgente anche di chi, per vari motivi, non auspica alcun cambiamento. È da molti anni che si sente dire che le “risorse sono finite” (nel senso di limitate) e che devono essere quindi gestite con razionalità ed accuratezza, ma oggi è necessario riportare anche l'attenzione sui risultati degli interventi. Questo riguarda sia il campo preventivo (principalmente) che quello terapeutico riabilitativo, dove non esistono ancora sistemi di valutazione quantitativa che misurino in modo realistico i reali effetti dei nostri sforzi, al di là delle nostre aspettative e convinzioni autoreferenziali.

SETTE PRINCIPI DI BASE

Non è semplice arrivare a definire un sistema che permetta di raggiungere tali obiettivi e il percorso che il nostro gruppo ha predisposto passa da una serie di tappe che vedono prima di tutto la necessità di acquisire, anche per gli operatori delle tossicodipendenze, una cultura fortemente orientata verso il quality management.

In termini sintetici potremmo riassumere le priorità più importanti per sviluppare un nuovo approccio alle tossicodipendenze, elencando sette punti fondamentali su cui accentrare l'attenzione per la riorganizzazione dei sistemi regionali, e gli sforzi futuri come illustrato nella tabella 1.

Al fine di concretizzare gli intenti, questo primo articolo elenca le competenze di base che i direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze dovrebbero avere al fine di poter meglio svolgere il proprio lavoro nel rispetto ed in attuazione dei 7 principi riportati nella tabella 1.

Quello che viene qui presentato quindi è un framework logico, un percorso di formazione che può facilmente essere utilizzato al fine di sviluppare competenze specifiche in ambito organizzativo, gestionale e di direzione dei dipartimenti. Questo percorso quindi può essere senz'altro utile a tutti gli operatori del Dipartimento che abbiano intenzione di sviluppare una nuova cultura orientata alla qualità e al quality management.

PRINCIPALI COMPETENZE ATTESE PER I RESPONSABILI DI U.O. (DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE)

Al fine di concretizzare quanto fin qui esposto e dare un orientamento molto pragmatico al nostro lavoro e alla nostra proposta, riteniamo utile iniziare con l'elencare quali possano essere le competenze per i responsabili di Unità Organizzative Dipartimentali, per poter svolgere adeguatamente il proprio lavoro.

Essi dovrebbero essere in possesso di una serie di competenze su due principali livelli:

1. tecnico-clinico;
2. organizzativo-gestionale.

Il primo livello riguarda fundamentalmente le competenze che il responsabile utilizzerà per la direzione ed il governo dei processi preventivi ed assistenziali diretti al cliente, mentre il secondo per la gestione operativa della struttura e del team.

Le tabelle successive riportano in sintesi un inquadramento esemplificativo (tab. n.1) e un dettaglio delle competenze ed abilità specifiche per ogni singola area. (tab. n.2 e 3).

Tab. 1: I sette principi di base

N°	FOCAL POINT	SPECIFICHE
1	Bisogni	Valutazione quantitativa dei bisogni della popolazione di riferimento attraverso metodi e tecniche scientificamente orientate e studi epidemiologici per la quantificazione dei fenomeni di interesse socio-sanitario. La valutazione quantitativa dei bisogni, deve rappresentare la base per qualunque pratica di progettazione per obiettivi e deve diventare lo strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e della definizione delle priorità di intervento anche al fine di strutturare l'organizzazione. Vi è infatti la necessità di superare l'organizzazione dei servizi sulla base dei "compiti da eseguire" (o delle autoreferenzialità degli operatori) orientando la strutturazione sulla base dei reali bisogni "ponderati" con criteri quantitativi (e quindi verificabili) di urgenza e gravità.



2	Cliente	Forte orientamento al cliente e all'etica degli interventi, con strutturazione dell'offerta in tal senso. Prestazioni studiate non solo nella qualità ed appropriatezza tecnico-scientifica ma anche nelle condizioni di cessione/erogazione e di immagine.
3	Management con visione sistemica e contingente	Organizzazione e gestione professionale dei dipartimenti e delle unità operative mediante l'utilizzo di metodologie manageriali "quality oriented" e dell'empowerment. Ricerca fortemente l'integrazione tra organizzazione interna e ambiente sociale esterno con una visione sistemica e contingente che permetta un continuo scambio tra l'azienda sanitaria e l'ambiente in cui è inserita prevedendo quindi una forte flessibilità ed adattabilità delle strutture.
4	Evidence based	Operare con metodologie "Evidence based public health" a garanzia dell'orientamento scientifico e dell'oggettivazione dell'efficacia dei vari interventi al fine di scegliere quelli con evidenza di economicità (utili ed efficaci). Contestualmente eliminare le pratiche senza evidenza di efficacia, riorientando e razionalizzando così le risorse su altri interventi.
5	Qualità & Valutazione	Definizione e ricerca continua della Qualità anche attraverso l'introduzione dei sistemi permanenti e l'attivazione di formazione specifica per gli operatori. Promuovere quindi l'autovalutazione critica dei processi e dei prodotti, predisponendo culturalmente gli operatori all'autoverifica continua della coerenza ed appropriatezza delle loro attività e degli interventi effettuati. Tutto questo al fine di attivare e mantenere meccanismi di riverifica e miglioramento continuo della qualità professionale, tecnologica e relazionale con i pazienti. Introduzione di sistemi di accreditamento sia per i servizi pubblici che privati. Valutazione routinaria della propria efficacia con indicatori di outcome orientati a valutare il reale affrancamento da sostanze, la diminuzione del rischio di patologie correlate, il grado di reinserimento sociale e lavorativo, la qualità di vita.
6	Costi	Valutazione dei costi generati in relazione ai benefici e all'utilità reale ottenuta. Tutto questo al fine di poter razionalizzare la spesa ed indirizzarla verso forme di intervento efficaci.
7	Information and Communication Technology	Introduzione delle nuove tecnologie informatiche a supporto delle attività degli operatori ma soprattutto per incentivare la comunicazione tra unità operative, Regioni, comunità terapeutiche e cittadini.

Tab. 2: Competenze e aree di interesse per la formazione specifica

N°	COMPETENZE	AREE
1	Tecnico-cliniche	Prevenzione Diagnosi Cura Riabilitazione Management clinico e relazionale
2	Organizzativo-gestionali (manageriali)	Programmazione delle attività Management operativo Project management Team management Norme e regolamenti

Di seguito sono stati ulteriormente definiti gli argomenti con un'analisi più dettagliata dei bisogni formativi.

La tabella è stata strutturata partendo dalla domanda su “che cosa deve saper fare un responsabile di U.O.” passando poi a definire dei contenuti di un ipotetico percorso di formazione. Infine, a fianco, vengono anche segnalati quali strumenti informatici siano già presenti ed utilizzabili (a supporto dell’operatore per il tema specifico) nella piattaforma informatica MFP © o nel portale DRONET ©.

Tab. 3: Competenze specifiche richieste ai capi dipartimento per la gestione dei Dipartimenti delle Dipendenze, contenuti di ipotetici percorsi di formazione e strumenti di supporti presenti in MFP o DRONET. (aspetti tecnico-clinici)

AREA	COMPETENZE SPECIFICHE RICHIESTE	CONTENUTI DEL PERCORSO	STRUMENTI MFP O DRONET DI SUPPORTO
Tecnico-clinica e di Management clinico	Tecniche per affrontare le dipendenze e le patologie correlate su 4 livelli di attività: ▪ prevenzione ▪ diagnosi ▪ cura ▪ riabilitazione	Nuove tecniche di intervento “evidence based” per le dipendenze da sostanze	DRONET: linee guida
	Saper gestire l'ammissione, la dimissione e il movimento pazienti	Prenotazione, registrazione e gestione del movimento pazienti	ANAGRAFICA EPICRISI
	Saper valutare i bisogni percepiti, la domanda espressa dal paziente	Meccanismi di scelta e consumo in sanità La valutazione della domanda espressa e dei bisogni percepiti (su singolo paziente)	VDE BPO
	Saper diagnosticare in forma STD	La valutazione diagnostica multiassiale della gravità clinica mediante strumenti standardizzati	CBE SASS MAC-E DIAGNOSI
	Saper gestire le terapie farmacologiche	Linee guida per i trattamenti farmacologici razionali	FARM
	Saper gestire le terapie integrate (mediche, psicologiche, educative, supporto sociale)	Approccio integrato nella cure e riabilitazione delle dipendenze da sostanze	PSICO SASS
	Saper gestire gli esami di laboratorio e strumentali	La diagnostica laboratoristica e strumentale nelle dipendenze da sostanze: aspetti tossicologici e clinici	LAB
	Saper documentare l'attività clinica	La cartella clinica “problem oriented” e moderni strumenti per la refertazione delle attività	DIARIO CLINICO EQUIPE ANAMNESI PER AREE
	Saper valutare globalmente gli esiti dei trattamenti	La valutazione dell'outcome degli interventi	OUTCOME FARM



Tab. 4: Competenze specifiche richieste ai capi dipartimento per la gestione dei Dipartimenti delle Dipendenze, contenuti di ipotetici percorsi di formazione e strumenti di supporti presenti in MFP o DRONET. (aspetti amministrativo-gestionali e manageriali)

AREA	COMPETENZE SPECIFICHE RICHIESTE	CONTENUTI DEL PERCORSO	STRUMENTI MFP O DRONET DI SUPPORTO
Programma- zione delle attività	Saper inserirsi e rapportarsi con l'Azienda	Azienda ed organizzazione in ambito sanitario. La struttura organizzativa.	DRONET -Area Link, Biblioteca e PFT
	Saper stimare i bisogni e la domanda della popolazione	Metodi di stima e rilevamento epidemiologico.	DRONET -Area Link, Biblioteca e PFT
	Saper organizzare e definire le responsabilità, i compiti e le funzioni	Total quality management: principi di base. La rappresentazione dell'organizzazione mediante organigramma e funzionigramma. Il piano dei centri di responsabilità.	ORGANIGRAMMA microsoft DRONET -Area Link, Biblioteca e PFT
	Saper analizzare e controllare i costi e prevedere le spese	Principi di valutazione economica in sanità e analisi dei costi. Break Even Analysis.	ANCOSBEN
	Saper costruire strategie e relazioni con l'ambiente esterno a supporto dei programmi di intervento del dipartimento	Stake Holders & Strategy.	DRONET -Area Link, Biblioteca e PFT
Norme e regolamenti	Conoscere e saper attuare le Normative specifiche di riferimento	Il quadro normativo specifico nel campo delle dipendenze.	DRONET: normativa
	Conoscere e saper attuare le Normative generali di base: consenso informato ▪ privacy ▪ 241 ▪ 626, ecc.	Il quadro normativo generale per i sistemi sanitari pubblici con riferimento alle unità organizzative eroganti servizi alla popolazione.	DRONET: normativa
Management operativo	Saper definire e controllare i processi	Business Process Reengineering: Operazioni, processi e prodotti Benchmarking di processo.	PAC
	Saper gestire le prenotazioni e le liste di attesa	I Centri Unici di Prenotazione e i Call Center.	PRENOTAZIONI
	Sapere come registrare le prestazioni e realizzare la compensazione della mobilità	La registrazione delle prestazioni, la valutazione dei carichi di lavoro e il recupero della mobilità.	OUTPUT (prestazioni)
	Saper gestire gli invii, le presenze e la spesa generata in comunità terapeutica	Un sistema avanzato per la gestione integrata e condivisa dei pazienti in comunità terapeutica.	COMUNITÀ
	Saper definire e negoziare il budget	Il budget operativo.	OUTPUT COST CONTROL (comunità)
	Saper valutare la necessità di dotazione organica	I carichi di lavoro e la dotazione organica: dalla cultura dei compiti a quella dei risultati, la flessibilità e l'ottimizzazione delle risorse umane.	DOTAZIONE OUTPUT
	Saper valutare la customer satisfaction esterna	La customer satisfaction nei trattamenti delle dipendenze: problematiche ed utilità.	CSE

	Saper valutare gli scostamenti della performance della propria U.O. dal rendimento STD di U.O. omologhe	Analisi degli scostamenti di performance dell'U.O..	DRONET: Delta System
	Saper fare attività di reporting finalizzata alla programmazione e controllo	I sistemi reporting: aspetti generali e profili possibili di report STD.	MFP: vari report
Project Management	Saper analizzare e risolvere i problemi organizzativi	Principi di problem analysis e problem solving.	DRONET: PFT
	Saper progettare, gestire e valutare progetti	La valutazione ex ante dei progetti. Elementi di project management: come realizzare una proposta di progetto. La valutazione ex post dei progetti.	Schede STEP DRONET: PFT
Team management	Saper gestire, motivare e valutare il personale	Team working. Il sistema "Global Personell Assessment". La leadership.	GPA
	Saper programmare e gestire le discussioni dei casi in Equipe	La conduzione di gruppi di discussione multidisciplinari di casi clinici.	EQUIPE
	Saper valutare la customer satisfaction interna	La costumer satisfaction interna: l'organizzazione per processi come « mercato interno ». La valutazione dei bisogni degli operatori del team working.	STAFF 3D
	Saper esercitare la leadership e le tecniche di empowerment	Leadership & empowerment.	DRONET -Area Link, Biblioteca e PFT
	Saper formare ed addestrare il personale	Learning organization: la capitalizzazione delle conoscenze e la formazione permanente del personale.	DRONET -Area Link, Biblioteca e PFT

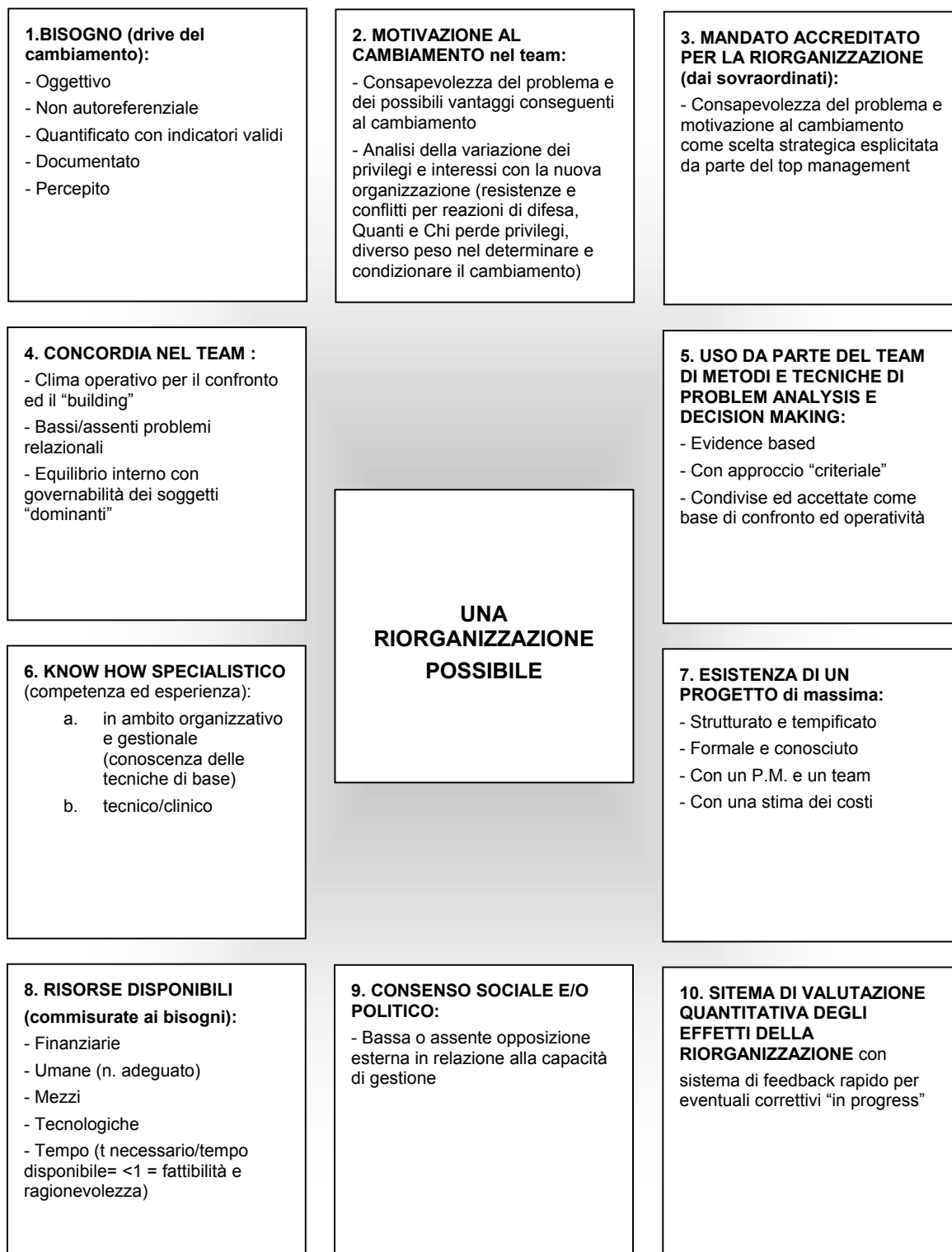
UNA RIORGANIZZAZIONE POSSIBILE

Nel contesto generale in cui ci troviamo sicuramente possono esistere molte difficoltà e resistenze al cambiamento organizzativo. Risulta evidente però che esiste una forte necessità di riorganizzazione dell'intero sistema, ma prima ci dovremmo chiedere se questa riorganizzazione è possibile e fattibile. Lo schema successivo riporta in sintesi le 10 principali variabili da analizzare e governare (fattori/condizioni di fattibilità) per creare una riorganizzazione dei sistemi/U.O. e dei modelli di management in sanità. Nella figura le variabili sono state ordinate in sequenza logica e temporale.

L'analisi e la conoscenza di queste 10 principali variabili, attraverso tecniche riportate in seguito, ci può far comprendere in anticipo la possibilità concreta di riorganizzare realmente un sistema. Molto importante nella valutazione della fattibilità della riorganizzazione risulta essere la comprensione delle variabili relative agli interessi acquisiti, dai singoli operatori o dalle varie organizzazioni in gioco, che potrebbero essere messi in discussione e persi (Benefits and Perks Loss Index) con il cambiamento organizzativo. Con i termini "Benefits and Perks" si intendendo tutti i privilegi e le agevolazioni speciali di status gerarchico, di potere decisionale, di autonomia di lavoro con assenza o scarsità di controllo esterno, compresi i privilegi finanziari (entrate), l'utilizzo libero del proprio tempo, la logistica/ambientale, nonché la tecnologica disponibile.



Fig. 2: Fattori e condizioni in grado di creare la fattibilità della riorganizzazione



CONCLUSIONI

Il percorso così come strutturato, dovrebbe coprire le varie esigenze di base da un punto di vista formativo per creare un nuovo orientamento nei sistemi e nelle organizzazioni che si occupano di tossicodipendenze.

Ci auguriamo che la lettura, ma soprattutto l'uso, di questo manuale sia di aiuto a quanti come noi operano quotidianamente nei dipartimenti delle dipendenze. Come si potrà vedere gli articoli sono stati redatti in modo semplice e pratico, non dimenticando però che una buona prassi deve essere accompagnata da una buona teorizzazione e approfondimento culturali. In altre parole "nessuna prassi senza teoria, ma anche nessuna teoria senza prassi".

BIBLIOGRAFIA

- Bergamaschi M., L'organizzazione nelle aziende sanitarie, McGraw Hill 2000.
- Zanetti M., Il medico e il management, Forum Service, Genova, 1996.
- Zavattaro F., Il Budget: Una risposta alla crescita delle complessità del sistema sanitario, Mecosan, n.5, 1993.
- Tanese A., Sviluppare la capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie, Mecosan, n.29, 1999.
- Mintzberg H., Mintzberg on management: inside our strange world of organisations, The Free Press, New York, 1985 (Edizione italiana: Management: mito e realtà, Garzanti, Milano, 1991).
- Lega F., Dalla Struttura alle persone; considerazione su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero, Mecosan, n.30, 1999.
- Danabedian A., La qualità dell'assistenza sanitaria, Nis, Roma, 1990
- Guzzanti E. et al.: Aree funzionali omogenee e dipartimenti, Federazione Medica, 4-8 novembre, 1994.
- D'Albergo E., Vaselli P.: Un amministratore imprenditoriale? Edizione SEAM, Roma, 1997.
- Corradini A., I modelli organizzativi per le aziende ULS: tradizione e innovazione, Mecosan, n.20, 1997
- Casati G., (a cura di): Il percorso del Paziente: La gestione per processi in sanità, Egea, Milano, 1999
- Caccia C., Longo F.: L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio-sanitario pubblico, Mecosan, n.10, 1994
- Borgonovi E.: Valutare i processi di cambiamento, Mucosa, n.23, 1997
- Borgonovi E.: Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Egea, Milano, 1996



L'IMPORTANZA DELLA DIMENSIONE EPIDEMIOLOGICA DEI PROBLEMI NELLA DEFINIZIONE DELLE ORGANIZZAZIONI PREVENTIVE ED ASSISTENZIALI NELLE DIPENDENZE

Fabio Mariani

Responsabile della Sezione di Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari - Istituto di Fisiologia clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche

LA DIMENSIONE EPIDEMIOLOGICA

In tema di dipendenze, così come in altri settori, il concetto di “dimensione epidemiologica del problema” rimanda alla conoscenza di una serie di caratteristiche del fenomeno, legate alla sua insorgenza e alla sua diffusione. Nel campo delle dipendenze, l'epidemiologia può essere utilizzata a supporto dell'azione di contrasto della diffusione: i metodi epidemiologici possono essere applicati agli aspetti di valutazione legati agli interventi di prevenzione primaria e secondaria, all'intervento terapeutico e di reintegrazione, al follow-up a medio e lungo termine, alle risorse impiegate, ai costi, ecc.. In tal modo, l'epidemiologia può contribuire alla comprensione della “evoluzione” del fenomeno, sia nel singolo individuo, sia nella popolazione generale.

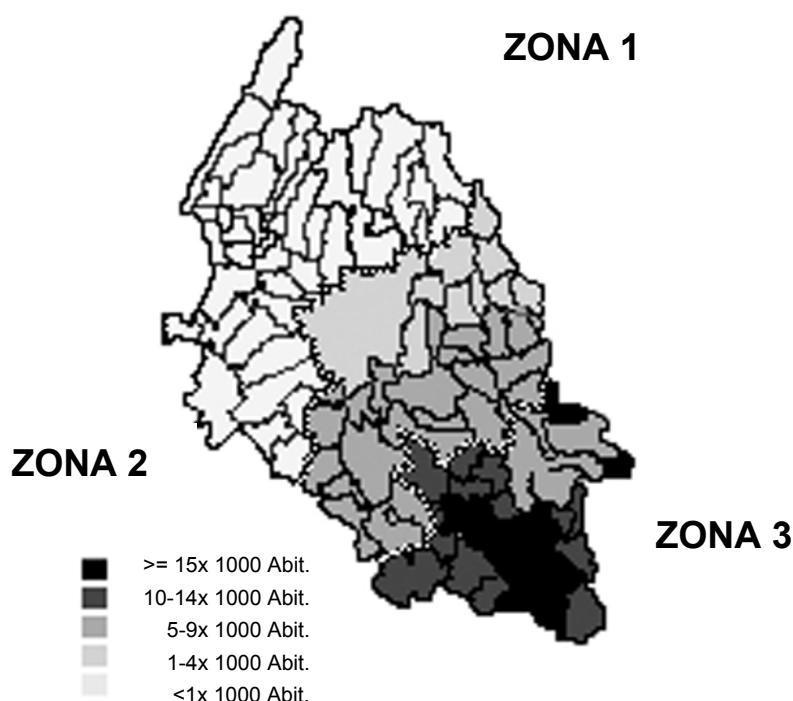
Si possono, ad esempio, prendere in considerazione alcuni indicatori epidemiologici di prevalenza ed incidenza della condizione da osservare, in rapporto ad alcune caratteristiche della popolazione interessata e alla sua distribuzione spaziale (essenzialmente numero delle persone coinvolte in un certo momento del tempo, velocità di crescita-diminuzione del fenomeno, caratteristiche della popolazione interessata, distribuzione geografica, modalità d'insorgenza, fattori favorenti e contrastanti). Nel campo delle dipendenze, però, è necessario tener conto del particolare comportamento della popolazione interessata al problema. Infatti, laddove in altre situazioni sanitarie, al manifestarsi di una determinata sintomatologia la popolazione interessata dal problema crea precocemente una domanda nei confronti delle strutture preposte, nel settore delle dipendenze, i soggetti spesso non percepiscono la situazione particolare in cui si trovano o, più verosimilmente, tendono a celarne l'importanza sino a quando, per l'evidenza dei fatti sanitari, psicologici e sociali ad essa associati, non si trovano costretti ad attivare una “domanda d'aiuto”.

A titolo d'esempio, consideriamo ora la fig. 1, che presenta la distribuzione provinciale, a

livello di dettaglio comunale, dell'indicatore epidemiologico della prevalenza media annuale di soggetti che fanno uso di cocaina. Questo dato epidemiologico può essere disponibile grazie all'attivazione, su base provinciale, di particolari metodi d'indagine epidemiologica, capaci di valutare la quota di popolazione "nascosta" e, quindi, di arrivare ad una stima dell'indicatore e dei suoi limiti di confidenza. Nell'esempio, sono riportati dei dati già utilizzati in uno studio di simulazione per la messa a punto dei metodi epidemiologici, da utilizzare a supporto dello sviluppo di osservatori del fenomeno delle dipendenze su piccole aree territoriali (F. Mariani 2001).

Nella legenda, sono riportati gli estremi delle cinque classi in cui sono stati rappresentati i dati di prevalenza dell'uso di cocaina nel corso dell'anno, ovvero il numero di soggetti, nuovi o vecchi consumatori di questa sostanza, che ne hanno fatto uso nell'intervallo di tempo considerato. La popolazione considerata come potenzialmente a rischio di uso della sostanza è quella compresa tra i 15 e i 54 anni di età. La prima classe, quella più chiara, identifica le aree a prevalenza più bassa, pari a meno di un soggetto ogni mille persone residenti. Le classi successive vanno da 1 a 4 soggetti, da 5 a 9, da 10 a 14, da 15 e più ogni mille residenti, in correlazione alle tonalità più scure del retino con cui sono state contrassegnate le aree.

Fig. 1: Esempio di distribuzione per aree geografiche comunali della prevalenza annuale stimata di soggetti utilizzatori di cocaina nella popolazione 15-54 anni di età.



Questa rappresentazione simbolica evidenzia una diversità spaziale che mette in evidenza i comuni della zona 3, come aree geografiche a più elevata prevalenza rispetto ai comuni della zona 1, che mostrano una prevalenza minore. I comuni della zona 2 si collocano in una situazione intermedia. Il rapporto tra le medie dei comuni della zona 3 e della zona 1 da valori di circa 10:1.

L'interesse di questo tipo d'informazione appare evidente, ma questo tipo di dati non è



sufficiente per un lavoro di programmazione e valutazione dell'offerta di intervento: è necessario considerare contemporaneamente anche la dimensione assoluta del fenomeno e la sua evoluzione temporale. Nel lavoro di programmazione strategica dei servizi, è infatti necessario considerare sia l'impatto quantitativo assoluto del problema attuale, sia la sua possibile evoluzione a medio periodo.

Consideriamo, ad esempio, la tabella 1 dove, per la medesima area provinciale articolata nei comuni delle tre zone, sono stati riportati i dati di prevalenza e di incidenza (casi prevalenti ed incidenti) riferiti all'uso di cocaina nel corso dell'anno 2000 e la popolazione considerata a rischio.

Tab. 1: Casi incidenti, casi prevalenti e popolazione a rischio (Tassi di prevalenza ed incidenza) periodo di riferimento 2000 e range di età 15-54 anni

AREA TERRITORIALE	POPOLAZIONE. RESIDENTE	CASI PREVALENTI	PREVALENZA (T X 1000)	CASI INCIDENTI	INCIDENZA (T X 1000)
Zona 1	115.532	176	1,52	102	0.88
Zona 2	235.764	2058	8,73	847	3.59
Zona 3	59.238	878	14,82	355	5.99

In questo caso, poiché l'area provinciale articolata nelle tre zone di aggregazione dei comuni, corrisponde all'articolazione dei "bacini di utenza" di tre Aziende socio-sanitarie territoriali, è possibile esaminare anche i dati dei flussi informativi provenienti dalle strutture dipartimentali per le dipendenze.

Poiché il progetto di sviluppo degli strumenti epidemiologici precedentemente citato prevede un sistema di monitoraggio epidemiologico, con reciproco scambio d'informazioni tra tutte le strutture interessate al fenomeno delle dipendenze, è possibile costruire la tabella 2 in cui, accanto ai dati provenienti dalle strutture pubbliche, è possibile considerare anche altri flussi informativi, provenienti dalle strutture del privato sociale e dalla Prefettura, in merito ai soggetti che hanno avuto contatti con le diverse strutture nel corso dell'anno.

Tab. 2: Tipologia di servizio e casi prevalenti per l'anno 2000 (cocaina come sostanza primaria)

AREA TERRITORIALE	SERVIZI PUBBLICI	SERVIZI DEL PRIVATO SOCIALE	PREFETTURA	TOTALE CASI CON
Zona 1	30	14	20	59
Zona 2	218	57	61	325
Zona 3	97	21	26	141

* nota: Il totale non corrisponde alla somma degli addendi in quanto alcuni soggetti, nel corso dell'anno, sono stati in contatto con le tre tipologie di servizio. Il numero totale corrisponde quindi al numero assoluto di soggetti che hanno avuto contatti eliminando i doppi conteggi.

Nella tabella 3, utilizzando il rapporto tra i soggetti che hanno avuto nel corso dell'anno contatti con le strutture presenti sul territorio (domanda) e il numero stimato dei soggetti che, residenti nel territorio, fanno uso di cocaina (bisogno), si possono porre dei confronti tra le diverse zone considerate.

Inoltre, con l'ipotesi dell'incidenza costante a breve periodo (triennio), è possibile stimare il numero di soggetti prevalenti attesi e quindi programmare, ad esempio, i servizi necessari a coprire una quota parte del 50% del bisogno, da oggi a tre anni.

Disponendo di queste informazioni, si possono fare delle analisi in grado di contribuire alla pianificazione strategica dell'offerta di intervento da parte dei servizi. Nel nostro esempio, una prima osservazione rimanda al valore più che doppio del rapporto domanda/bisogno nei comuni della zona 1 rispetto a quelli delle zone 2 e 3. In questo caso, per meglio capire la situazione, è necessario completare l'informazione con i dati relativi alle caratteristiche dell'offerta, in termini di entità, tipologia e qualità dei servizi. Sempre utilizzando i dati dello studio di simulazione, una prima analisi dell'offerta può essere fatta partendo dalle informazioni contenute nelle tabelle 4 e 5, che riportano le risorse di personale assegnate alle strutture pubbliche per le tossicodipendenze, ed a quelle del privato sociale che si sono sviluppate per rispondere operativamente alla domanda.

Tab. 3: Casi prevalenti osservati e stimati, rapporto tra domanda e bisogno (periodo anno 2000 con cocaina come sostanza ad uso primario)

AREA	TOTALE	TOTALE CASI PREVALENTI	RAPPORTO DOMANDA ----- BISOGNO	CASI PREVALENTI STIMATI AL 2003	TOTALE CASI SU CUI ATTIVARE INTERVENTI PER COPRIRE LA QUOTA DEL 50% DEL BISOGNO
Zona 1	59	176	0,34	482	241
Zona 2	325	2058	0,16	4599	2300
Zona 3	141	878	0,16	1943	972



Tab. 4: Servizi pubblici: servizi specifici per le tossicodipendenze e personale per profilo professionale

AREA	AMBULATORI ATTIVI	MEDICI	INFERMIERI	PSICOLOGI	ASSISTENTI SOCIALI	AMMINISTRATIVI	ALTRO PERSONALE TECNICO	TOT
Zona 1	4	5	6	7	8	3	3	32
Zona 2	5	6	8	5	10	4	2	35
Zona 3	2	3	4	3	5	2	1	18

Una corretta pianificazione strategica richiede, però, un maggior livello d'approfondimento delle informazioni sull'offerta, con informazioni sulla tipologia delle attività svolte, sulla loro durata, sulla ripartizione dei soggetti che utilizzano i servizi, sulla valutazione degli esiti degli interventi, ecc...

Allo stesso modo, il dato epidemiologico dei soggetti che fanno uso di cocaina deve essere integrato prendendo in considerazione tutte le altre sostanze per le quali è stata attivata l'offerta delle strutture presenti sul territorio, come riportato, ad esempio, nella tabella 6.

Tab. 5: Servizi del privato sociale: strutture residenziali, semiresidenziali e ambulatoriali e personale per profilo professionale

AREA	STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI	PERSONALE AREA SANITARIA	PERSONALE AREA PSICO-SOCIALE	PERSONALE AREA EDUCATIVA FORMATIVA	AMMINISTRATIVI	VOLONTARIE SERVIZIO CIVILE	TOTALE
Zona 1	8	8	10	45	8	25	96
Zona 2	7	9	9	38	9	29	95
Zona 3	5	4	6	19	4	11	44

Tab. 6: Domanda e bisogno per tipologia delle sostanze primarie di utilizzo

AREA	CONSUMATORI EROINA 2000			CONSUMATORI COCAINA 2000			CONSUMATORI ANFETAMINA 2000			CONSUMATORI CANNABINOIDI 2000			CONSUMATORI ALTRE SOSTANZE ILLECITE 2000		
	DOMANDA	BISOGNO	RAPPORTO D/B	DOMANDA	BISOGNO	Rapporto D/B	Domanda	Bisogno	Rapporto D/B	Domanda	Bisogno	Rapporto D/B	Domanda	Bisogno	Rapporto D/B
Zona 1	827	1364	0,61	59	176	0,34	3	231	0,013	115	5.375	0,021	23	1155	0,020
Zona 2	3129	5910	0,53	325	2058	0,16	4	707	0,005	433	16.503	0,026	88	2358	0,038
Zona 3	1886	3564	0,53	141	878	0,16	1	178	0,006	261	4.739	0,055	53	592	0,090

Rimane da prendere in considerazione il metodo con cui confrontare, ad esempio, i dati dell'offerta con i dati della domanda e del bisogno. In questo caso, gli indicatori più globali e semplici da utilizzare sono quelli dei rapporti tra domanda e bisogno, che mettono in evidenza, indirettamente, quanto l'offerta riesce a "catturare" del bisogno e contemporaneamente il rapporto tra l'entità complessiva delle risorse di personale con la popolazione a rischio presente nel bacino di utenza, il bisogno e la domanda.

Tab. 7: Indicatori di sintesi per il confronto bisogno-domanda-offerta

AREA	RAPPORTO OPERATORI ----- DOMANDA	RAPPORTO OPERATORI ----- BISOGNO	RAPPORTO OPERATORI ----- POP. A RISCHIO	RAPPORTO DOMANDA ----- BISOGNO	DOMANDA (N. DI SOGGETTI)	BISOGNO (N. DI SOGGETTI)
Zona 1	12,46	1,54	1,11	0,12	1.027	8.301
Zona 2	3,24	0,47	0,55	0,14	3.979	27.536
Zona 3	2,65	0,62	1,05	0,24	2.342	9.951

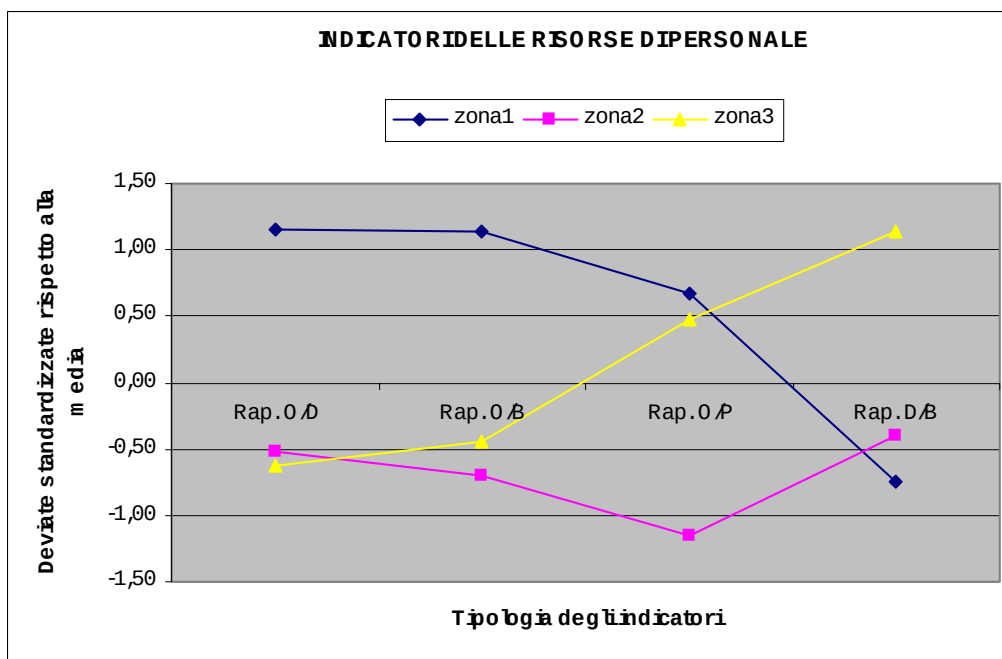
Questi indicatori esprimono rispettivamente la risposta organizzativa delle strutture in termini di risorse di personale attivate in relazione alla popolazione esposta a rischio, alla



popolazione che fa uso delle sostanze e alla popolazione che ha impatto con le strutture.

Gli indicatori possono essere espressi in deviate normali standardizzate, che permettono un confronto comune.

Figura 2: Indicatori delle risorse di personale impiegate nelle tre zone per l'intervento nel settore delle dipendenze e indicatori di domanda e bisogno.



Nella figura 2, dove sono riportati i valori elaborati secondo la procedura sopra descritta, si evidenzia la situazione dei servizi della zona 1, che mostrano un elevato rapporto tra risorse di personale ed entità della popolazione a rischio, entità del bisogno ed entità della domanda. Al contempo, però, la zona 1 presenta il più basso valore dell'indicatore della quota di bisogno che l'offerta riesce a tramutare in domanda. A questo tipo di situazione si contrappone, in modo speculare, la situazione della zona 3 che, pur mostrando un basso impiego relativo di risorse di personale in rapporto alla domanda e al bisogno, mostra un buon rapporto in relazione alla popolazione a rischio ed il più alto valore del rapporto tra domanda e bisogno. La situazione della zona 2 mostra, invece, un profilo mediamente basso degli indicatori con una contrapposizione, rispetto alle altre due zone, per quanto riguarda l'indicatore che rapporta il personale alla popolazione residente a rischio.

In conclusione, dunque, conoscendo, relativamente al "bacino di utenza" di una determinata struttura di intervento:

- l'entità complessiva dei soggetti che fanno uso di droghe illegali e/o abusano di alcool e di altre sostanze psicoattive o che manifestano un comportamento di dipendenza nei confronti di sostanze illegali, farmaci, gioco d'azzardo, ecc.;
- la quota di bisogno che si evidenzia nei confronti dei servizi, in termini di richiesta di intervento sociale, di riduzione del danno, di intervento terapeutico o riabilitativo;
- la capacità di offerta (tipologia, entità e qualità degli interventi che la struttura è in grado di effettuare in un certo intervallo di tempo).

È possibile definire il posizionamento del “servizio” lungo il suo ciclo di vita operativa.

Così come in altri settori socio-sanitari, anche nel settore delle dipendenze il concetto di ciclo operativo riferito all’offerta o all’operatività della struttura deve essere preso in considerazione ai fini di un’appropriata programmazione delle attività. In questo campo possono essere individuate le quattro fasi del ciclo operativo (sviluppo, crescita, maturità e obsolescenza), nell’ambito dell’operatività della struttura a cui corrispondono situazioni ben precise, che riguardano il rapporto tra alcuni indicatori come il bisogno e l’offerta, tra domanda e offerta, tra operatività e risultati ottenuti visti in precedenza.

La conoscenza del ciclo operativo è fondamentale in termini di gestione strategica della struttura: ad esempio, operare con la consapevolezza del ciclo operativo richiede la definizione di un buon piano strategico associato e, al contempo, un buon piano strategico si basa anche sul corretto posizionamento dell’offerta lungo il ciclo operativo.

Infatti, il ciclo operativo deve essere costantemente sincronizzato con l’operatività della struttura: ad ogni diversa posizione lungo la curva deve corrispondere la messa in atto di diversi comportamenti della struttura stessa.

L’analisi degli indicatori sin qui descritti, così come la conoscenza del ciclo operativo, permette di definire o meglio stabilire che “cosa desidera” la popolazione di potenziali utilizzatori di una data struttura e di individuare la congruenza tra caratteristiche della struttura ed esigenze della popolazione, all’interno di un vincolo definito dalla sostenibilità dell’intervento. Tale valutazione deve essere fatta considerando l’economia di sistema e quindi includendo nella valutazione anche i risparmi (sia diretti, in termini di spesa sanitaria, sia indiretti in termini di costi sociali), ottenibili grazie all’intervento della struttura.

Proviamo ad applicare tali considerazioni partendo, ancora una volta, dal nostro esempio. Considerando gli indicatori sin qui esaminati ed i tempi di attivazione, si possono ipotizzare le posizioni relative delle strutture che fanno riferimento alle tre zone territoriali individuate. Le strutture della zona 1 sembrano essere in una situazione di sviluppo-crescita, in cui l’offerta appare come punto centrale delle scelte strategiche, anche se la domanda è bassa (induzione della domanda mediante un’offerta specifica e qualificata). Le strutture della zona 3 possono essere considerate in una fase di maturità, in cui si stanno rendendo ottimali i rapporti tra risorse impiegate e risultati ottenuti, considerando in particolare le risorse di operatori impiegati che mostrano bassi valori ed elevato rapporto tra domanda e bisogno (induzione della domanda mediante il riconoscimento delle caratteristiche di qualità delle strutture operative). Il ciclo di vita delle strutture della zona 2 si trova, invece, in una posizione di obsolescenza dell’offerta operativa, particolarmente evidente laddove si consideri il basso rapporto tra personale impiegato e popolazione a rischio.

Una continua analisi dell’operatività può evidenziare la presenza di attività poco convenienti, perché non più atte a consentire la congruenza tra caratteristiche della struttura e bisogni o domanda della popolazione, o perché fondate su interventi la cui qualità non permette di raggiungere gli obiettivi operativi individuati. In tal caso si dovrà valutare l’ipotesi di un progressivo cambiamento della struttura, volto a spostare l’operatività verso aree più pertinenti (di maggiore bisogno e di minore domanda), e verso interventi a più elevato impatto nell’economia di sistema. Sempre a tal fine, potrà essere necessario rivedere i processi interni, al fine di assicurare una qualità degli interventi più congrua agli obiettivi operativi prefissati.

Appare evidente che il primo dei fattori critici in gioco nel processo è quello relativo alla congruenza tra bisogno-domanda-offerta. Per capire meglio, possiamo immaginare di dover rispondere ad alcune domande come ad esempio “che tipo di intervento propone la nostra struttura?” o meglio “quali specifiche risposte operative richiedono alla struttura i soggetti portatori di bisogno, che percepiscono la necessità di farsi aiutare, per ritenerla un valido aiuto alla risoluzione del loro problema?”.

Nell’ambito delle dipendenze, la risposta “la migliore terapia in grado di risolvere il problema” è scarsamente rilevante. Si evidenzia invece l’importanza dei parametri che caratterizzano l’intervento nel suo complesso (percorso diagnostico e di accoglienza, intervento terapeutico e percorso di reintegrazione sociale) quali, ad esempio, la tipologia e la riservatezza degli



accertamenti, le modalità di accesso, la compatibilità con la “situazione di vita attuale”, la durata degli interventi, la tipologia dei trattamenti farmacologici, l’attivazione delle risorse sociali, l’assistenza giudiziaria, la disponibilità di nuovi contesti relazionali, la continuazione del processo di crescita individuale, ecc..

Tra tutte queste discriminanti, influenti nel determinare la “qualità” dell’offerta, occorre stabilire una graduatoria utilizzando, ad esempio, uno strumento di rilevazione, da sottoporre alle persone in carico alla struttura od anche alla “popolazione a rischio”.

Attraverso l’esame dei dati disponibili o attraverso l’effettuazione di indagini, vanno posti in testa alla graduatoria i primi fattori discriminanti individuati. Tali fattori evidenziano la condizione che la struttura deve rispettare per poter programmare nel modo più congruente la sua offerta di servizi (all’interno della disponibilità di risorse economiche e della valutazione della sostenibilità della spesa), al fine di attrarre il bisogno o di risultare più idonea alla domanda.

Oltre a ciò non bisogna dimenticare l’evoluzione legata alla ricerca e alla disponibilità di nuove conoscenze sulla situazione epidemiologica e sui trattamenti: anche questo tipo d’informazioni può fornire preziose indicazioni sulle politiche strategiche da seguire in un dato momento, all’interno di ogni processo della struttura.

Particolarmente rilevante è la distinzione tra le diverse tipologie di intervento e le diverse tipologie del bisogno. In Italia, ad esempio, i servizi pubblici registrano oggi una notevole difficoltà a proporre interventi terapeutici ai soggetti che fanno uso esclusivo e continuo di cocaina. Ciò risulta evidente dai dati epidemiologici disponibili: nel periodo 2000-2001, il bisogno nella popolazione generale, cioè il numero di soggetti (tra i 15 e i 54 anni di età) che fa uso esclusivo di cocaina, è risultato essere circa doppio rispetto al numero dei soggetti che fa uso di eroina endovena; nello stesso periodo, la domanda, cioè il numero di soggetti che si sono rivolti alle strutture specifiche per interventi terapeutici ha interessato per oltre il 90% soggetti che riferivano un uso primario e non esclusivo di eroina endovena, e solo una quota inferiore al 10% di soggetti con uso primario (ma non esclusivo) di cocaina. In altri termini, il bisogno espresso dalla popolazione dei soggetti che fanno uso di cocaina è assente nella sua quota di domanda dalle strutture terapeutiche deputate ad operare nel settore.

A questo proposito, l’analisi di una quota del bisogno, formata da utilizzatori esclusivi di cocaina (soggetti intercettati dalle forze dell’Ordine e segnalati alle Prefetture in esecuzione dell’art. 75 del D.P.R. 309/90), sta evidenziando alcuni fattori discriminanti. Nel corso dei colloqui effettuati presso le Prefetture, si evidenzia come molti dei soggetti consumatori di cocaina, essendo perfettamente integrati nella società (frequentemente come liberi professionisti, commercianti, o comunque appartenenti a ceti di rilievo sociale), preferiscono subire la sanzione amministrativa prevista dalla normativa vigente, piuttosto che effettuare un intervento terapeutico presso le strutture per le tossicodipendenze, non ritenendosi né tossicodipendenti, né garantiti rispetto all’esito degli interventi o alla riservatezza degli stessi.

Una gestione delle strutture orientata alla congruenza tra offerta e bisogno deve, dunque, essere orientata all’innovazione e al miglioramento operativo, e resa capace di gestire la complessità delle discriminanti di scelta degli odierni consumatori e di rispondere, nel modo migliore, alla continua evoluzione della situazione relativa alla domanda.

Spetterà alla direzione il compito di stabilire gli obiettivi operativi di lungo termine (in genere non più di cinque anni). Al contempo, coerentemente alle indicazioni di lungo termine, dovranno essere stabiliti gli obiettivi intermedi e di breve periodo. Nel caso dei consumatori di cocaina, ad esempio, i servizi per le tossicodipendenze potrebbero immaginare la programmazione e l’attivazione di un’unità di intervento specifica con caratteristiche operative particolari ed in stretto collegamento iniziale con le Prefetture che, tramite i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze NOA, potrebbero convogliare il bisogno intercettato dalle Forze dell’Ordine.

A questo proposito, può essere qui ricordato l’esempio che, a livello nazionale, alcuni anni fa rappresentò, per i servizi per le tossicodipendenze, l’attivazione del “Gruppo C”, ovvero l’unità specifica di intervento per i soggetti con problemi collegati all’infezione da HIV e alla sua evoluzione in AIDS.

Dall'esperienza del passato si possono trarre validi spunti ed indicazioni, ma la valutazione delle esigenze delle persone portatrici degli attuali bisogni rappresenta l'unica via percorribile per una corretta programmazione degli interventi.

L'analisi dei punti di forza e di debolezza della struttura e, contemporaneamente, dei fattori critici propri delle diverse tipologie di soggetti potenzialmente fruitori dell'offerta d'intervento, aiuta a superare le incongruenze tra bisogno, domanda ed offerta e ad agire con precisione e rapidità, esattamente dove e come risulta necessario.

A tal fine, si può tanto elaborare l'analisi strategica per poi ricavarne gli obiettivi operativi, quanto controllare la congruità degli obiettivi predeterminati con la realtà del bisogno, della domanda e dell'offerta, poiché entrambe queste fasi partecipano al processo di verifica della congruenza. L'analisi strategica deve infatti permettere di verificare la congruenza tra obiettivi e mezzi per raggiungerli. Nel diagramma di flusso sottostante è rappresentato simbolicamente il processo di verifica di congruenza che, pur essendo concettualmente molto semplice, raramente viene applicato nell'analisi dell'operatività di una struttura di tipo socio-sanitario.

La verifica di congruenza è punto particolarmente delicato in quanto buona parte dei problemi operativi che potranno insorgere durante l'operatività dovranno essere "novità previste" cioè problemi già esaminati e per i quali sono state programmate strategie di soluzione. Evidentemente non è necessario (né possibile) prevedere tutti i possibili imprevisti e le conseguenti politiche di reazione. È invece necessario e possibile pensare di realizzare una struttura adatta a percorrere il ciclo operativo programmato, per non trovarsi con un servizio inadeguato come offerta, per rispondere a quello che sarà il bisogno e la domanda ad esso correlata.

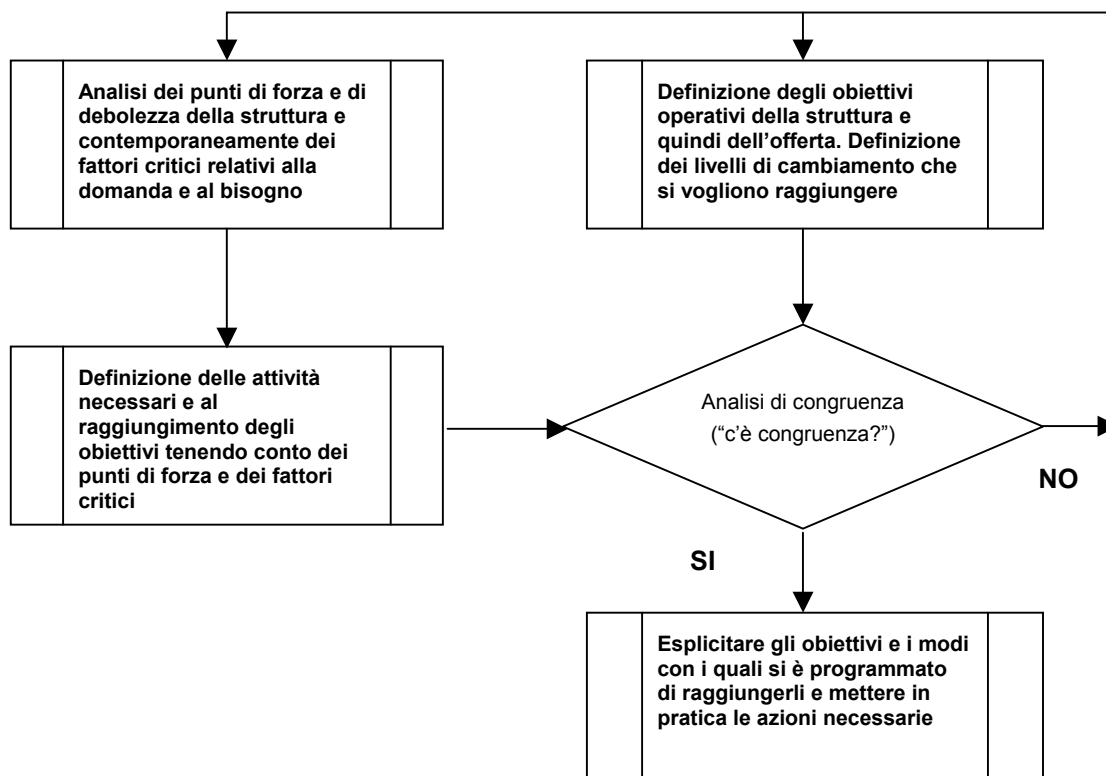
La necessità di investire risorse nell'analisi strategica è strettamente legata alla necessità di gestire una situazione dinamica, con continui possibili cambiamenti dell'ambiente esterno ed interno alla struttura. In quest'ottica, l'analisi strategica rappresenta un investimento, evitando impegni operativi senza esito produttivo, essa si ripaga automaticamente.

La verifica di congruenza tra obiettivi, analisi strategica e politiche strategiche permette di orientare le scelte operative del servizio e le risorse disponibili, alla domanda e al bisogno presenti e futuri, e di organizzare la struttura in modo tale da renderla capace di rispondere velocemente e ai minori costi alle sollecitazioni ambientali. Prima di prendere qualsiasi decisione, i responsabili della struttura devono attivare il processo sopra descritto, rendendone partecipi tutti i membri della struttura. È la stessa struttura organizzata, ovvero "il servizio", che deve possedere un sistema di autocontrollo della propria congruenza, in grado di funzionare in modo continuo nel tempo e in grado di cambiare qualora non più congruente con l'analisi strategica dell'organizzazione.

Coloro che lavorano seguendo la logica dell'operatività per obiettivi acquisiscono rapidamente la consapevolezza dei propri ruoli funzionali e sviluppano la capacità di gestire, a specifici livelli di delega, le informazioni e le responsabilità decisionali del servizio. Questo punto rappresenta un passaggio critico nello sviluppo della "qualità" della struttura, anche dirigenti in grado di realizzare una perfetta analisi strategica e di definire precisi obiettivi operativi possono infatti fallire, se non indicano correttamente ai responsabili operativi il modo con cui tali obiettivi devono essere raggiunti. Da qui, la necessità di progettare adeguati sistemi di monitoraggio, adatti a fornire informazioni di ritorno alla direzione, ma anche ai responsabili operativi, per gli eventuali e necessari correttivi nel tempo.



Fig. 3: Processo di verifica di congruenza



L'obiettivo di migliorare la qualità dell'offerta da parte del servizio deve essere sostenuto da tutte le risorse di personale della struttura. La successiva focalizzazione di tutti i settori della struttura e del sistema di monitoraggio informativo rappresenta ancora una fase della programmazione strategica.

Vi sono modi diversi per formalizzare e condividere gli obiettivi con i responsabili operativi della struttura, e lo sforzo strategico può essere pesantemente influenzato dall'atteggiamento e dal comportamento del gruppo degli operatori e dalle sue reazioni di fronte ad alcune informazioni e cambiamenti organizzativi.

Occorre definire la tipologia delle informazioni necessarie all'operatività della struttura e alla programmazione ed il processo che genera tali informazioni. È necessario individuare le competenze dei singoli, l'operatività e i tempi e la periodicità necessari alla realizzazione del processo di valutazione, considerando alla base del rapporto di scambio, la chiarezza e la matrice comune di ragionamento su cui fondare il rapporto all'interno della struttura organizzata che, per quanto democratica, si basa necessariamente su ruoli funzionali diversificati. In questo contesto, l'importanza e la rilevanza dei metodi di approccio alla qualità dell'offerta da parte del servizio si intrecciano con i moderni concetti di sistemi di monitoraggio e gestione aziendale, tenendo comunque presente che una struttura di servizio, come in questo caso, è composta primariamente da persone che operano su persone e solo successivamente da procedure e strutture operative. In questo contesto, intervenire sulla qualità vuol dire anche riconoscere, sviluppare ed utilizzare i punti di forza dei singoli individui, riducendo l'effetto delle carenze individuali dalle quali nessuno è alieno. La statistica del monitoraggio deve integrarsi nel discorso dell'équipe, ovvero, nell'approccio totale alla qualità. In altri termini, se vogliamo avere un risultato di qualità deve essere di qualità anche il gruppo che lo produce.

Il discorso sulla qualità non può essere evidentemente basato solo su indicatori statistici, (come ad esempio, il numero di prestazioni effettuate in un dato periodo dagli operatori dei diversi profili professionali del servizio, il così detto “carico di lavoro” spesso utilizzato in passato). Né la qualità dell'intervento sui singoli può essere descritta dall'enumerazione quantitativa delle prestazioni attivate nel corso di un dato periodo di tempo sulla persona in trattamento. Occorre invece essere capaci di “generare qualità”, momento dopo momento, durante tutta l'operatività della struttura, senza alienare l'individualità degli operatori, senza lasciare nulla al caso e senza rimandare, in termini di controllo, alle fasi operative successive.

In questo modo la qualità, da elemento operativo, diventa fattore strategico della struttura, di cui tutti devono farsi carico. È dimostrato che la direzione strategica della struttura tende a valorizzare l'importanza del processo di delega precisandone e sottolineandone i contorni. È dall'interazione tra dirigenza e profili operativi che deve nascere ed essere elaborata la politica di gestione e di controllo di ogni fattore strategico, secondo una matrice e una logica comune e coerente con gli obiettivi della struttura organizzata.

Volendo passare dalla fase dell'analisi strategica, della determinazione degli obiettivi, della definizione dei piani operativi e della pianificazione della qualità totale del servizio alla fase operativa è necessario attrezzare la struttura di servizio di adeguati strumenti, attraverso un percorso di adeguamento strategico.

Questo passaggio rappresenta un momento critico nel ciclo di vita della struttura, o meglio dell'offerta della struttura, se non si verifica la congruenza tra scelte strategiche e risorse operative occorre apportare, come già precedentemente detto, cambiamenti alle scelte strategiche, in quanto la struttura non ha le caratteristiche appropriate ad affrontare quelle determinate situazioni operative.

Utilizzando l'analisi della domanda e del bisogno dei singoli bacini di utenza delle strutture si può procedere nel lavoro di focalizzazione operativa, che rappresenta la sostanza dell'adeguamento strategico ed è per questo motivo che la struttura deve possedere uno strumento di osservazione, collezione ed analisi dei dati pertinenti.

Questo aspetto del sistema informativo (o, meglio, del sistema di monitoraggio epidemiologico) della struttura organizzata, spesso visto solo come strumento accademico di ricerca, deve in realtà diventare lo strumento portante per la definizione di qualsivoglia intervento. Si possono fare a tale proposito alcune osservazioni di carattere generale e generico, senza quindi nessuna pretesa di esaustività, sulla possibile correlazione tra situazione della domanda e del bisogno in una determinata area e offerta di interventi volti a contrastare l'insorgenza della problematica in oggetto nella popolazione o volti a ridurre o risolvere situazioni problematiche già attive.

Nel campo delle dipendenze, una struttura organizzata possiede, in genere, una storia antecedente, che ne determina la capacità di offerta. L'impostazione organizzativa coinvolge quindi decisioni che devono tenere presenti diversi fattori, tra cui la posizione dell'offerta attuale della struttura in relazione al ciclo di vita e alla situazione del bisogno-domanda nel bacino di utenza.

Anche se nella pratica di molti servizi non sempre tali punti vengono affrontati con una logica omogenea ed integrata, si può dire che le possibili scelte decisionali riguardano allora:

- la tipologia degli interventi operativi ed il loro processo;
- l'ubicazione, la dimensione, l'integrazione e la struttura dell'offerta di intervento;
- l'organizzazione del lavoro e del sistema di verifica e controllo direzionale;
- i flussi informativi ed il monitoraggio epidemiologico;
- le persone interessate dall'offerta e gli esiti dell'intervento.

Tra i punti sopra citati, tutti importanti, sembra più opportuno, in questo contesto, approfondire l'esame dei flussi informativi e del monitoraggio epidemiologico come fattore determinante la qualità della struttura.

A questo proposito, è necessario distinguere tra dato ed informazione. L'informazione



rappresenta un livello logico più complesso del dato, in quanto formata da uno o più dati contestualizzati nel tempo nello spazio e nel destinatario (momento giusto, posto giusto e persona giusta), con un adeguato livello di analiticità e rilevanza (dettaglio giusto ed entità numerica appropriata al sistema che si vuole descrivere).

Quindi l'informazione è un "oggetto" complesso rispetto al dato e all'interno della struttura organizzata si devono raccogliere, gestire e analizzare dati per trasformarli in informazioni, utili alla gestione strategica e alla gestione operativa della struttura stessa. In questo contesto, deve essere adottato lo stesso procedimento di verifica di congruenza visto precedentemente, per far sì che le procedure di generazione e raccolta dei dati e di trasformazione in informazioni siano pertinenti e congruenti per la struttura operativa.

A questo riguardo si dovranno definire due fattori fondamentali delle informazioni che si vogliono gestire:

- la rilevanza;
- il grado di analiticità.

È necessario, per prima cosa, definire cosa sia davvero importante e rilevante misurare per la struttura operativa, ai fini della disponibilità di informazioni atte ad orientarne il funzionamento. La raccolta dei dati, la loro gestione, la loro analisi e trasformazione in informazioni richiede risorse di tempo, denaro e persone e alla fine la loro disponibilità può risultare del tutto irrilevante. Si consideri, ad esempio, che l'obiettivo operativo sia quello di monitorare la tipologia della domanda, in modo da apportare le idonee modifiche all'offerta in questo caso, raccogliere dati e quindi avere informazioni sull'esito degli interventi può risultare non rilevante.

Evidentemente, anche nella definizione delle informazioni, il fattore da considerare è quello della congruenza con gli obiettivi della struttura. Spesso raccogliere dati su tutto, "perché può sempre servire" diventa un fattore di fallimento del sistema, piuttosto che un elemento di qualità.

Per quanto riguarda il grado di analiticità che l'informazione deve possedere, è noto che esso è direttamente correlato con la complessità del sistema che deve essere messo in atto per raccoglierla e quindi con il costo e la pesantezza di gestione per la struttura organizzata che deve gestirlo.

Ogni problema di valutazione strategica con opzioni diverse può essere estrapolato da un adeguato sistema informativo in grado di rappresentare mediante una o più matrici di dati, siano esse canoniche o studiate su precise necessità della struttura, gli algoritmi risolutivi dei problemi di gestione della struttura. La matrice ideale deve possedere caratteristiche di rappresentazione della realtà e quindi di controllo dei fattori determinanti più rapido ed agile possibile per quanto riguarda la consultazione e l'utilizzo, e più analitico possibile per quanto riguarda il grado di complessità dell'informazione che si desidera gestire con la matrice stessa.

Risulta del tutto evidente che i fattori velocità e agilità sono correlati in modo inverso con il fattore analiticità. Per tale motivo è bene controllare un processo (per esempio l'organizzazione funzionale di un reparto) attraverso un modello che lo descriva e intorno al modello descrittivo costruire il sistema informativo, congruente con l'obiettivo di monitoraggio, ad un adeguato livello di analiticità.

Si consideri come esempio un livello di dettaglio dei dati di un servizio per le tossicodipendenze: i risultati degli esami chimico-clinici, che sono fondamentali per i profili professionali che operano direttamente sulla persona, rappresentano una quota di informazioni poco letta ed utilizzata, ad esempio, dai responsabili delle strutture, che hanno altri obiettivi operativi. Questi dati devono essere trattati per diventare informazioni? Si consideri questa domanda alla luce del fatto che un eccessivo dettaglio dell'informazione la può far regredire a semplice dato, vuoi per il ritardo con cui viene resa disponibile, vuoi perché irrilevante su un flusso informativo con esigenze diverse.

Altro concetto da esaminare è quello relativo alla struttura del flusso informativo, che può essere considerato come una "catena" di informazioni collegate in maniera complessa. Questo

permette di mettere in evidenza come, all'interno di una struttura operativa (composta da più reparti, sezioni, ambulatori) dove operano profili professionali diversi (medici, infermieri, educatori, assistenti sociali, ecc), non tutte le strutture o tutti gli operatori, cioè non tutti i punti della catena, per diversi motivi, possiedono la stessa capacità di gestione delle informazioni. Tale caratteristica, ne determina il carico massimo che può essere supportato senza entrare in instabilità. In altre parole, anche se all'interno della struttura esistono punti in grado di gestire un numero maggiore di informazioni nell'unità di tempo, il sistema nel suo complesso riesce a gestire un carico di lavoro pari a quello del punto critico che ha minore capacità di gestione dell'informazione.

Un sistema informativo sarà tanto più efficiente quanto più riuscirà a risolvere le situazioni dei punti critici.

Sino ad ora nel discorso sulla qualità non è stato affrontato l'impatto che l'innovazione tecnologica, nel nostro caso l'introduzione dell'uso del computer, può avere sulla struttura organizzata. È evidente il profondo legame che intercorre tra sviluppo e disponibilità dei computer e mutamenti socio-politici e culturali di una società, non solo in termini assoluti ma anche in relazione alla frequenza con cui tali avvenimenti accadono.

All'interno delle strutture organizzate l'introduzione del computer può non produrre lo stesso cambiamento culturale ed operativo se non è accompagnato da un adeguato processo che vada a realizzare i seguenti presupposti:

- sviluppo delle capacità d'uso del computer e del software specifico del personale operativo;
- disponibilità del software adeguato alla struttura informativa che si vuole realizzare;
- sviluppo e disponibilità di competenze in grado di lavorare sull'informazione ed interagire nella programmazione strategica della struttura.

Non realizzando, contemporaneamente all'introduzione dell'innovazione tecnologica, un adeguato programma di formazione in relazione ai punti sopra riportati, si rischia di perdere completamente la validità dell'investimento.

Nell'organizzazione non è possibile dimenticare o sottovalutare l'importanza del fattore umano. Personale non formato all'utilizzo di uno strumento tecnologico come il computer in ausilio alle proprie mansioni, si adatta con difficoltà ai nuovi metodi, soprattutto se percepisce la sua operatività come minore a quella precedentemente raggiunta senza l'uso del computer. È evidente che questo è dovuto all'inesperienza iniziale piuttosto che all'inefficienza degli strumenti utilizzati, l'introduzione della nuova tecnologia richiede tempo e risorse formative. Contemporaneamente sono da considerare i costi degli investimenti e loro rapida obsolescenza. Inoltre, se si analizza la diffusione degli strumenti informatici all'interno delle strutture si deve tenere conto dell'opportuna distribuzione delle risorse tecnologiche di innovazione nelle diverse mansioni strategiche (direzione), della gestione operativa e delle funzioni operative. Al pari di altri elementi, precedentemente indicati, anche il sistema informativo o di monitoraggio deve rientrare tra i fattori strategici che qualificano la struttura.

Nello sviluppo di questi sistemi appare più opportuno, alla luce dell'esperienza maturata, iniziare la progettazione e l'inserimento operativo partendo dalla direzione o meglio dalle mansioni strategiche, dove i dati da gestire o meglio le informazioni sono più aggregati e quindi meno difficili da organizzare, in funzione degli obiettivi di supporto all'analisi strategica ed operativa della struttura. Secondo un processo logico e coerente di formazione e sviluppo operativo, da questo contesto si potrebbe successivamente passare agli altri livelli della struttura, quello della gestione operativa e quello delle mansioni operative. In questo modo, che si contrappone a quello di far partire lo sviluppo del sistema dall'area delle mansioni operative, si eviterebbe la frequente situazione di disporre dei dati, ma non ancora degli strumenti informativi adeguati al loro trattamento ed utilizzazione da parte di coloro che hanno la funzione di gestione operativa e strategica della struttura. In questo caso, il processo di sviluppo seguirebbe un percorso che partendo dal nodo informatico principale della struttura si articola successivamente in ogni ramo che fa capo ad una informazione ritenuta fondamentale per il



nodo di partenza, seguendo come discriminante di scelta e come fattore omogeneizzante per i vari rami quanto è stato stabilito dall'analisi strategica ed operativa della struttura.

Uno degli elementi fondamentali del sistema informativo o di monitoraggio è la "base di dati", che deve essere costantemente rinnovata e alimentata secondo una logica che prende in considerazione:

- la gestione del presente;
- l'esame e l'estrapolazione di informazioni dal passato.

La "base di dati" deve permettere a tutta l'articolazione operativa della struttura di funzionare senza difficoltà a pieno regime operativo, usufruendo dell'informazione disponibile nel modo più opportuno e congruo con le diverse mansioni operative, ritornando i nuovi dati d'aggiornamento come prodotto dell'attività corrente ed eliminando quelli non più utili.

Anche in questo caso, si devono considerare i due fattori di rilevanza e di analiticità, per definire le necessità di efficienza e di efficacia della gestione della "base di dati". Infatti, la gestione e la raccolta dei dati non può essere solo un esercizio formale, con il solo obiettivo di gestione della "base di dati", ma deve tenere conto delle modalità di supporto ed alimentazione del flusso informativo della struttura.

La "base di dati", al pari del sistema informativo, deve rientrare nell'insieme delle procedure formalizzate della struttura operativa in quanto occorre definire cosa e come deve essere "ricordato" cioè definire la rilevanza dei dati da raccogliere ed il grado di complessità o di analiticità in funzione dell'importanza che il dato deve possedere.

Al fine dello sviluppo della qualità della struttura, è necessario che ogni operatore acquisisca la consapevolezza che qualunque processo della struttura organizzata, che prevede la generazione di dati rilevanti, non può essere considerato terminato se l'operazione di memorizzazione del dato non è stata eseguita. Questo passaggio rappresenta un punto critico per la qualità della struttura, in quanto i problemi contingenti dell'operatività acquisiscono spesso più importanza delle problematiche di più lungo periodo, come il monitoraggio e la valutazione. Naturalmente, l'operazione di generazione ed archiviazione del dato è influenzata e guidata dalla rilevanza, percepita dall'operatore, che il dato ha nell'esercitare la propria attività. A questo fattore si collega la logica di sviluppo dell'intero sistema che deve fornire informazioni per la regolazione funzionale della struttura organizzata: la regolazione è tanto migliore (più tempestiva, efficace ed efficiente), quanto più vicina a dove l'azione del processo viene svolta. In altri termini, per la funzione di regolazione dell'offerta di intervento, i singoli operatori dovrebbero essere i principali fruitori del sistema informativo.

Nel presente lavoro sono stati presi in esame i significati della dimensione epidemiologica nella pianificazione strategica del servizio, le ragioni della sua importanza ai fini della adeguata collocazione dell'operatività dell'offerta nel suo ciclo di vita e le interazioni con il sistema di monitoraggio e con la "base di dati". In sostanza sono stati esaminati i significati della strategia e le ragioni della sua importanza e della mutua influenza con il sistema di monitoraggio della struttura, verificando come ognuna delle due realtà si avvalga dell'efficienza dell'altra, in una stretta interconnessione. Sono stati considerati gli elementi della filosofia di approccio ai problemi e sono stati accennati alcuni suggerimenti su come agire per ottenere una struttura organizzata orientata all'autoconsapevolezza, progettando il sistema informativo o meglio di monitoraggio e la base di dati sulle specifiche esigenze della struttura di servizio. Durante questa analisi sono emerse le caratteristiche dell'obiettivo di qualità della struttura, orientato ad un miglioramento continuo, piuttosto che ad un salto discontinuo, tenendo presente che l'importanza della consapevolezza del processo che ci porta ad effettuare un cambiamento è pari al cambiamento che si riesce a realizzare.

BIBLIOGRAFIA

F. Mariani (2001), Progetto di sorveglianza epidemiologica per le tossicodipendenze, Osservatorio nazionale per la

QUALITY MANAGEMENT nelle Dipendenze

verifica dell'andamento del fenomeno delle droghe e delle tossicodipendenze, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Sociali, Ufficio IV, Roma.



QUALITY MANAGEMENT E PRINCIPI PER LA VALUTAZIONE APPLICATI AL SISTEMA DI EROGAZIONE DEI SERVIZI PER LE TOSSICODIPENDENZE

Giovanni Serpelloni¹⁾, Elisabetta Simeoni²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Pensare di applicare la metodologia del Total Quality Management (TQM) al sistema di erogazione dei servizi per le tossicodipendenze è senz'altro cosa estremamente interessante e utile, ma non vi è dubbio che la complessità da affrontare è molto alta e le soluzioni da ricercare non sempre immediate.

Prima di entrare in una avventura di questo tipo, la domanda preliminare da porsi è se tutto ciò è fattibile e se il sistema oggi esistente è riconvertibile su logiche di qualità, considerate le forti resistenze interne al cambiamento, le pressioni, i condizionamenti ideologici e politici esterni e le carenti risorse esistenti soprattutto relativamente al personale e alle strutture.

I dubbi di fattibilità sono molti, ma il fattore interferente più importante deriva dal tipo di servizio da erogare in relazione alla particolare "clientela" e dalla scelta terapeutica di fondo che può influenzare fortemente gli assetti organizzativi.

Questo fattore infatti condiziona e complica non poco l'impostazione generale del modello soprattutto se teniamo conto che il servizio da erogare al fine terapeutico-riabilitativo può essere fornito non solo dai Ser.T ma anche da altre unità operative esterne quali le comunità terapeutiche e da una serie di altre organizzazioni, e che il "cliente" passa da un ambiente all'altro con estrema frequenza nell'ambito della sua storia clinica.

A questo punto siamo in grado di capire che la complessità è notevole soprattutto se consideriamo che i macrolivelli dove applicare il TQM sono due: il primo nel singolo servizio (che spesso appartengono ad "aziende" diverse) in cui viene trattato il paziente, il secondo sull'intero "sistema delle tossicodipendenze" (Ser.T, comunità, centri di pronta accoglienza, unità di strada ecc.) se vogliamo realmente ottenere una omogeneità ed equanimità di prestazione (pur differenziate) sul paziente. È in questo contesto peraltro che si colloca l'assetto organizzativo ottimale per queste problematiche ossia un Dipartimento che all'interno dell'azienda presenta un orientamento strutturale e funzionale nei confronti delle organizzazioni

del privato sociale accreditato esterne all'azienda (vedi articolo specifico successivo).

Un altro concetto importante che va chiarito sin dall'inizio è la differenza tra sistemi per il TQM e sistemi di valutazione dei risultati (VR). Attuare sistemi di VR non vuol dire automaticamente che si stia facendo TQM. La VR non è di per sé un sistema che connota un approccio basato sul TQM in quanto il concetto di "Qualità", anche se porta con sé il concetto di VR, possiede una serie di altre caratteristiche che la rendono peculiare.

La prima è che il TQM è un approccio che coinvolge profondamente tutta l'organizzazione rimettendo in discussione anche le modalità di gestione, di rapporto con il cliente, di offerta del servizio, di gestione delle risorse ecc.. Per fare questo si utilizzano necessariamente dei sistemi per valutare i risultati, ma come si può intuire essi sono un mezzo e non un fine per arrivare al "sistema di eccellenza".

Un'altra caratteristica fondamentale e vincolante del TQM è che la valutazione dei risultati, intesa nel nostro caso prevalentemente come "esito del trattamento", dovrà essere fatta in maniera vincolante con una comparazione costante con standard di riferimento prefissati, riconosciuti, identificati e dichiarati come ottimali. Risulterà quindi qualificante il fatto di disporre di un sistema standard di riferimento che confronti costantemente i risultati osservati con quelli attesi.

Il concetto di TQM porta infatti nel suo interno anche il criterio che la valutazione dei risultati è sempre comparata con dei riferimenti prefissati e declinati in indicatori quantitativi correlati a "standard di qualità" a cui tendere e riferirsi e con i quali costantemente confrontarsi.

A questo proposito rimandiamo all'ultimo paragrafo per ulteriori specifiche.

Come si può comprendere, la strada per riconvertire i servizi e l'intero sistema su logiche di TQM è molto lunga ma certamente si potrebbe partire discutendo sui sistemi di valutazione dei risultati e degli esiti dei trattamenti che risulta essere il campo di maggior interesse e quello in grado (una volta definito), di fornirci informazioni di base su come e quali servizi mantenere o abbandonare, in modo da ottimizzare preliminarmente la rete dei servizi.

L'organizzazione dell'U.O. e la spinta efficientista deve essere, anche in questo caso, un mezzo e non un fine, dove l'obiettivo finale è la qualità della prestazione che passa attraverso una migliore organizzazione.

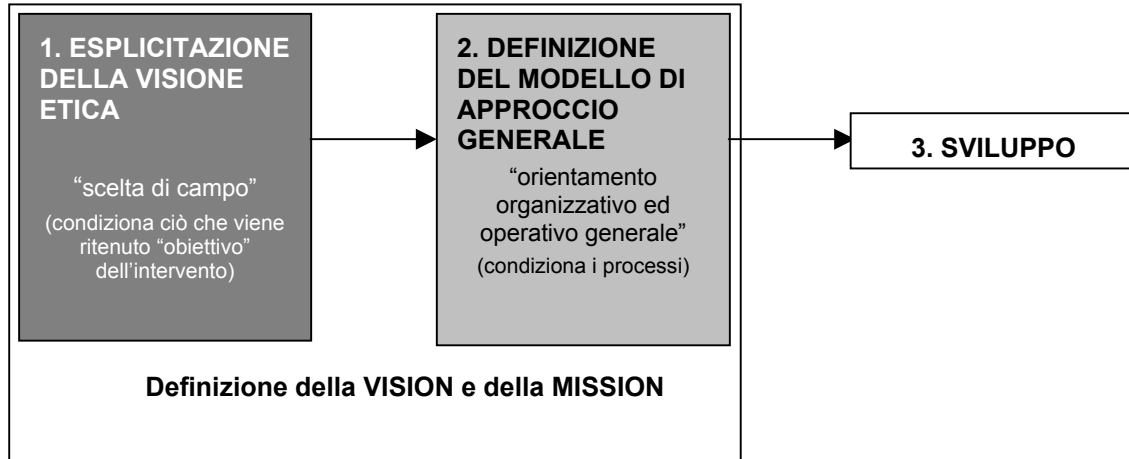
Infine risulta importante ricordare che nel definire il sistema TQM vi è la necessità vincolante e preliminare di aver chiare e ben esplicitate le tre componenti che determinano l'orientamento di base dell'approccio al problema delle tossicodipendenze:

- la "visione etica" esplicitata e cioè i valori dell'organizzazione e la scelta di base che si fa nei confronti dell'uso non terapeutico delle sostanze psicoattive che è in grado di condizionare tutto l'impianto produttivo e quindi il tipo e la quantità delle prestazioni da erogare, in quanto varia ciò che viene considerato "valore" in termini di salute e quindi da proteggere, promuovere e recuperare;
- il "modello di approccio preventivo, terapeutico e riabilitativo generale" conseguente alle scelte etiche e cioè la vision e la mission che orientano l'organizzazione verso una forma o l'altra di erogazione di servizi;
- il "progetto esecutivo" con il modello di valutazione sottostante (soprattutto degli esiti dei trattamenti) che si intende utilizzare, definendo soprattutto gli obiettivi e gli indicatori di valutazione ad essi collegati in un contesto di "sistema" e di continuità terapeutica.

Risulta chiaro che per poter costruire un sistema di qualità, è vincolante che questi tre punti conservino un alto grado di coerenza interna ed esterna.



Fig. 1: Passi preliminari per sviluppare un sistema TQM orientato, nelle tossicodipendenze



Il cuore del problema

Nell'approntare un programma per l'inserimento delle tecniche per il miglioramento continuo della qualità nei Dipartimenti, si possono attuare vari orientamenti e partire da diversi punti. Il nostro gruppo dopo una lunga analisi strutturale e funzionale "sull'organizzazione Ser.T" e una lunga esperienza nel campo dei tradizionali approcci ai sistemi di qualità, ha sviluppato una precisa convinzione relativamente a dove e come iniziare con i Ser.T il percorso per l'introduzione delle logiche di qualità. Queste unità operative, apparentemente semplici nella loro costituzione, portano nel loro interno una alta complessità che deriva fondamentalmente da quattro principali macrofattori:

1. alta problematicità intrinseca del problema da affrontare e dell'utenza su cui si espletano gli interventi;
2. presenza di una organizzazione del gruppo di lavoro a componenti multidisciplinari, a bassa gerarchizzazione, di difficile integrazione e con tendenza all'autogoverno "frammentato";
3. carenza di modelli culturali e professionali "evidence based" e cioè scientificamente orientati, con riferimenti di base coerenti ed univoci;
4. bassa disponibilità al cambiamento organizzativo soprattutto in relazione alla necessità di superare la difficoltà di integrarsi tra le organizzazioni del pubblico e del privato sociale accreditato.

Queste caratteristiche portano ad evidenziare il cuore del problema che a nostro avviso sta quindi soprattutto nel team e nei "processi" delle unità operative che attualmente sono, nella maggior parte dei casi, poco compatibili tra loro (in quanto con vision e mission diversificate) ed incompatibili nel loro quotidiano operare con logiche di qualità.

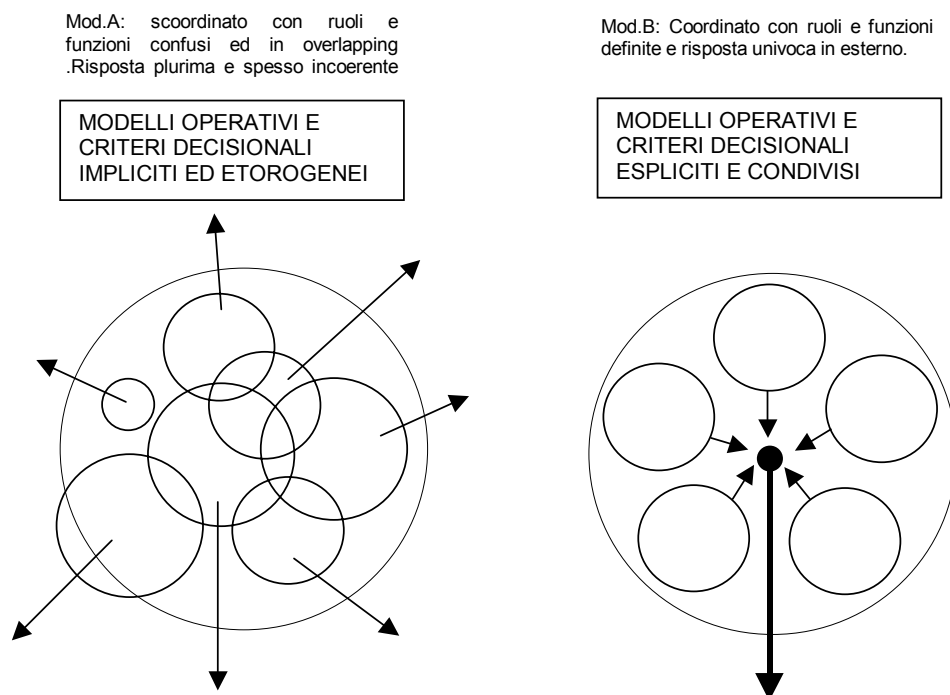
Il problema principale quindi sta nel "come" i Ser.T e le Comunità producono i presupposti servizi, il che si concretizza, in altre parole, nella comprensione ed esplicitazione precisa e condivisa degli obiettivi, dei processi utilizzati a fini diagnostici, nella valutazione prognostica, nei modelli di decision making, di valutazione degli risultati degli interventi. Particolare importanza riveste la comprensione e la condivisione di questi processi ma soprattutto dei criteri di riferimento sottostanti (molto spesso non esplicitati ma fortemente operanti) da parte dei singoli operatori costituenti l'equipe.

Esiste quindi un doppio ordine di problemi: il primo relativo al gruppo di lavoro e all'organizzazione interna delle singole ed eterogenee U.O., il secondo relativo al coordinamento e alla sovraorganizzazione delle diverse U.O. (dipartimento).

Il modo giusto per partire quindi ed per iniziare un programma verso il miglioramento continuo della qualità dai modelli di gestione clinica e conseguentemente organizzativa del varie equipe, dopo aver praticato in questi anni altri percorsi con scarso risultato, è quello di operare contemporaneamente su tutte le U.O. del dipartimento.

Come è facilmente comprensibile è impensabile definire un profilo di qualità dei Ser.T e delle Comunità senza prima aver risolto questioni di base di questo tipo e portata. Risulta quindi imperativo, come condizione di fattibilità e prerequisito irrinunciabile coordinare le visioni e gli intenti, concentrando quindi l'attenzione sui processi e sui criteri utilizzati nei vari modelli di gestione dell'assistenza e dei percorsi di riabilitazione. Se non si chiariranno prima queste problematiche di base, qualsiasi sistema di qualità che riusciremo a costruire sarà fondato su basi estremamente deboli e incoerenti e come tale destinato a fallire nel tempo.

Fig. 2: Modelli di equipe



Il binomio qualità e valutazione

Prima di approfondire gli aspetti e i modelli organizzativi collegati al TQM risulta utile chiarire il concetto di "valutazione" nei suoi vari aspetti. Tutto questo in quanto tale azione sta alla base dei modelli di TQM, essendo la valutazione costante delle risorse consumate, dei processi utilizzati, delle prestazioni erogate e degli esiti (risultanti) dei trattamenti, una condizione "sine qua non" per poter operare in qualità.



Tuttavia va subito chiarito che esistono diversi punti di vista da cui valutare ed è indispensabile conoscerli.

LE DIVERSE PROSPETTIVE

Esistono diverse prospettive della valutazione a seconda delle attese dei diversi attori interessati e dei loro bisogni prevalenti. Risulta indispensabile tenere conto di questa situazione fin dall'inizio in quanto essa condiziona fortemente le varie situazioni e concettualizzazioni dei modelli di valutazione e di organizzazione sottostante.

Risulta evidente che le varie aree di valutazione acquistano una diversa importanza a seconda del livello in cui è inserito il singolo attore e le sue necessità informative e di "soddisfazione", che sono tra loro diverse e strettamente dipendenti dai propri obiettivi.

Tab. 1: Aree della valutazione della qualità in base alle diverse prospettive degli attori interessati

ATTORI	AREA DI VALUTAZIONE				
	INPUT	PROCESSI	Output (Prestazioni)	Outcome (Risultati su paziente)	Impatto sul fenomeno
CLIENTE				X	
OPERATORE		X	X	X	
MANAGER	X	X	X	X	X
POLITICO	X			X	X
SOCIETÀ				X	X

UN MODELLO GLOBALE DI MISURAZIONE/VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI: LE 10 DIMENSIONI

Anticipando alcuni concetti, vale la pena entrare subito nel merito al fine di dare al lettore la prospettiva complessiva su cui andremo a discutere.

Esistono diverse dimensioni su cui misurare la qualità degli interventi assistenziali che necessariamente deve essere valutata in maniera multidimensionale partendo dalla considerazione che la qualità si raggiunge assicurando contemporaneamente una serie di condizioni e caratteristiche.

Il modello qui presentato va applicato per ottenere una valutazione di insieme dell'intervento specifico di una organizzazione sociosanitaria che si occupa di persone con problemi di dipendenza da sostanze, ma tale approccio è sicuramente estensibile a tutte le strutture sociosanitarie aziendali.

Fig. 3: Dimensioni per la misurazione della Qualità degli interventi (caratteristiche da garantire agli interventi per considerarli di qualità)



Nell'elencare le caratteristiche diventa indispensabile però definire precisamente che cosa si deve intendere con i termini riportati nella figura. A questo scopo è stata messa a punto la tabella successiva in modo da ridurre la variabilità interpretativa delle singole dimensioni utilizzate. Ad ogni dimensione è stato associato un insieme di indicatori utilizzabili per la misurazione della qualità, in modo da rendere possibile una visualizzazione delle dimensioni identificate.

La difficoltà, sicuramente superabile e che ha trovato soluzione nello strumento informatico MFP © riportato in seguito, sta nel creare processi operativi e di raccolta dati orientati a “farsi valutare” e alimentare un sistema informativo in grado di non essere intrusivo nella operatività ma contemporaneamente in grado di monitorare costantemente tali dimensioni.

Ai 10 criteri ne dovrebbe essere aggiunto un altro per i quali si rimanda ai capitoli successivi, che è quello dell'economicità. Il concetto di economicità degli interventi si fonda sulla presenza di due criteri contemporanei: il valore aggiunto (durante l'utilizzo delle risorse per la produzione dell'intervento è stato aggiunto valore) e l'utilità (in grado di soddisfare una domanda). Quello su cui vogliamo riportare l'attenzione, senza scendere ora nel dettaglio, è il fatto che con questo criterio si centri il concetto di qualità sull'utilità reale degli interventi in stretta relazione alla valorizzazione delle risorse impiegate.

Per non fermarsi solo alle definizioni, sono stati messi a punto anche una serie di indicatori in grado di poter rappresentare la singola dimensione di qualità e renderla “visibile”.



Tab. 2: Aree di valutazione delle caratteristiche dell'intervento

N	DIMENSIONE	DEFINIZIONE
1	Sicurezza	condizioni con cui si assicurano i clienti e gli operatori da eventuali rischi o danni derivanti dal processo di erogazione dell'assistenza e/o dall'ambiente in cui viene erogata.
2	Eticità e Umanizzazione	Grado di rispetto dei diritti umani, dei principi di eguaglianza nell'accesso, nell'informativa, nell'utilizzo dell'assistenza e del buon uso delle risorse, coerentemente con i valori sociali propri della comunità dove si espletano gli interventi e di quelli dell'etnia di riferimento del cliente. Adattamento delle procedure assistenziali alle esigenze di vita e di lavoro del cliente.
3	Accessibilità	Grado di facilità di accesso alla struttura, ai trattamenti e alle informazioni da parte dei clienti.
4	Libera scelta	Condizione in cui si può effettivamente esercitare la propria libertà di scelta relativamente al curante, alle terapie appropriate e del luogo di cura.
5	Partecipazione del cliente	Grado di informazione attiva dei clienti da parte dell'organizzazione e di coinvolgimento nei processi decisionali che li riguardano.
6	Equità del trattamento	Garanzia di un trattamento non differenziato tra i clienti su base discrezionale o discriminatoria. Accesso alle varie terapie e conduzione dei trattamenti egualitaria. Applicazioni delle regole, dei controlli e dei vincoli restrittivi in maniera omogenea senza deroghe "ad personam" se non per giustificati e documentabili motivi.
7	Appropriatezza	Caratteristica degli interventi per la quale i benefici attesi superano fortemente i rischi derivanti dall'intervento stesso (mortalità, morbidità, discomfort, perdita di gg lavorative ecc.) mantenendo un alto grado di coerenza dei processi assistenziali utilizzati con le evidenze scientifiche specifiche.
8	Efficacia	La capacità dimostrabile di una organizzazione o di un intervento terapeutico o riabilitativo di produrre realmente risultati positivi esprimibili in termini di: Grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata valutato in relazione alle condizioni cliniche e di rischio rilevate all'ingresso in trattamento.
9	Efficienza (interna ed esterna) e tempestività	Grado di utilizzo ottimizzato delle risorse (efficienza produttiva o interna) e grado di risposta ai bisogni e/o soddisfazione della domanda della popolazione (efficienza allocativa o esterna). Viene definita anche come la capacità di produrre e distribuire prestazioni utili, posseduta dall'organizzazione preposta all'erogazione di servizi, al minor costo. L'efficienza è data dal rapporto tra prestazioni erogate (output) e risorse impegnate (input), portando quindi con sé il concetto (sempre collegato all'efficienza) della valutazione delle prestazioni sempre in relazione al loro costo di produzione comparato con analoghi interventi. La tempestività è il tempo intercorso tra la domanda e l'erogazione dell'offerta.
10	Continuità assistenziale	Condizione per la quale il cliente ha assicurata la continuità delle prestazioni nel tempo anche nel caso di cambiamenti dell'equipe curante e/o trasferimenti in altre strutture.

Tab. 3: Indicatori per singola dimensione

N.	DIMENSIONE	INDICATORI
1	Sicurezza	Dei clienti: - % di pazienti che acquisiscono lesioni traumatiche all'interno delle strutture (incidenti). - % di soggetti in trattamento con intossicazioni acute da sovradosaggi da farmaci. - % di pazienti con trattamenti sottodosati ed esponenti al rischio di recidiva, overdose o di astinenza. - % di ritrattamenti precoci (entro 30 gg dalle dimissioni). - n. di controlli urinari/settimanali. - Tempo massimo in cui avviene una formale e reale valutazione e ridefinizione del programma terapeutico. - Esistenza di procedure di sicurezza generale ambientale - Esistenza ed applicazione di procedure per il controllo delle reazioni avverse ai trattamenti. Degli operatori: - N. medio di conflitti con operatori/mese. - Esistenza di procedure formali per la gestione delle emergenze di sicurezza (conflitti, aggressioni, risse ecc.). - Grado di applicazione delle norme per il rischio professionale infettivo. - N. di incidenti di contaminazione durante la manipolazione di materiali biologici o attività di prelievo ecc. - N. medio di ore/operatore di formazione ed addestramento specifico sulle norme di prevenzione/aa. - Esistenza di procedure di sicurezza generale ambientale.
2	Eticità e Umanizzazione	- Presenza di documenti etici esplicitati formalmente, diffusi e adottati per la programmazione degli interventi. - Grado di coerenza dei principi contenuti nella dichiarazione etica con il rispetto dei diritti umani (secondo i riferimenti U.N., U.E.). - Grado di coerenza dei processi utilizzati dalle U.O. con i principi etici dichiarati. - N. di segnalazioni formali (denunce, proteste e richieste) arrivate alle strutture in cui si ravvisino episodi di discriminazione e non rispetto dei diritti umani. - Customer satisfaction specifica per il grado di rispetto della persona, comprensione e adattamento delle terapie e degli accessi sulle esigenze di vita e di lavoro del cliente. - Esistenza di sistemi efficienti per la valutazione ex-ante delle attività (di progetto o correnti) da finanziare con valutazione dei bisogni da soddisfare e ponderazione delle priorità (equilibrata distribuzione delle risorse in base ai bisogni e alle priorità della popolazione – eticità degli investimenti). - Esistenza di sistemi efficienti per la valutazione ex-post dell'efficacia ed economicità degli interventi.



N.	DIMENSIONE	INDICATORI
3	Accessibilità	- Presenza di parcheggi idonei nel raggio di 200 metri. - Presenza di linee di trasporto pubblico con distanza delle fermate dal servizio erogante a non più di 300 metri. - Assenza di barriere architettoniche sulle vie di accesso. - Presenza di un front office strutturato con personale dedicato/addestrato all'orientamento del cliente. - N. di linee telefoniche esclusivamente dedicate al cliente in entrata. - Tempi di attesa medi delle telefonate. - Tempi di attesa medi per il primo contatto con l'operatore. - Tempi di attesa medi per l'entrata in terapia. - Presenza di filtri e vincoli di accesso (vincolo di residenzialità, gg dall'ultimo trattamento ecc.). - Indice di fuga (% di soggetti residenti in carico in altri servizi). - Indice di attrazione (% di soggetti non residenti in carico).
4	Libera scelta	- Grado e numero di processi assistenziali dove la libera scelta del cliente viene elusa dagli operatori. - Esistenza regolamenti e/o vincoli nell'operatività delle U.O. che possono condizionare la libera scelta del cliente relativamente a: - Luogo di cura (territorialità obbligatoria, accesso esclusivo per alcune U.O del dipartimento, ecc.). - Operatore curante (es. prenotazioni in ambulatori che non permettono la scelta del curante, assegnazione automatica dei curanti sulla base di regole organizzative interne del U.O. e non sulla scelta, ecc.). - Tipo e modalità di trattamento (il paziente può chiedere ed ottenere trattamenti – accreditati - diversi da quelli proposti dal curante? Può porre vincoli e condizioni – in conformità alle proprie scelte ed esigenze generali - alle terapie proposte? Ecc.)
5	Partecipazione del cliente	- Utilizzo e distribuzione di materiale informativo sui trattamenti e l'organizzazione (Ser.T, Comunità ter., Gruppo di autoaiuto, ecc.) per i clienti. - Presenza di materiale informativo specifico sui diritti e le responsabilità dei clienti. - Esistenza di una strategia di comunicazione strutturata e permanente con i clienti. - Esistenza di gruppi consultivi organizzati di clienti e di momenti strutturati di confronto. - Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica dei bisogni e della domanda del cliente. - Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica della soddisfazione del cliente. - Esistenza di sistemi strutturati per la valutazione sistematica dell'aderenza ai trattamenti dei clienti.
6	Equità di trattamento	- Esistenza di criteri espliciti di inclusione nei vari trattamenti ed equamente applicati. - Esistenza ed applicazione equanime di criteri formali ed esplicitati ai clienti relativamente all'affidamento extra servizio della terapia sostitutiva. - Esistenza ed applicazione equanime di criteri formali ed esplicitati ai clienti relativamente all'inserimento in comunità.

7	Appropriatezza	- Tasso di differenziazione dei trattamenti (% di soggetti nei vari trattamenti – farmacologici sostitutivi, antagonisti ecc., residenziali, semiresidenziali, di supporto psicologico ecc.). - % di soggetti in trattamento farmacologico sostitutivo con dosaggio nel range terapeutico (in grado di assicurare effetto antiastinenziale, eroinablocking e anticraving) da valutare in soggetti con terapia stabilizzata (> 3 mesi) e non in dimissione. - Tempo medio di trattamento in base all'evoluzione del programma. - Tipo e frequenza dei controlli urinari per la verifica dell'assunzione contemporanea di droghe (es. almeno 2 controlli/sett.). - N. di incontri cliente – operatori per la verifica periodica del programma (controlli e riconferme formali), es. almeno 1 al mese. - Grado di integrazione delle terapie farmacologiche con supporto psicologico, sociale, educativo e medico. - Grado di reale guadagno di salute durante il trattamento relativamente a (indicatori di outcome): cessazione dell'uso di sostanze, aumento della qualità della vita, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione delle patologie correlate e delle situazioni devianti (criminalità e prostituzione). <i>* la terapia non può essere considerata adeguata se si continua ad attuare senza alcun guadagno sugli indicatori di outcome.</i> - % di soggetti con criteri di inclusione per trattamenti residenziali non inseriti in comunità (interventi inappropriati). - Grado di aderenza ai controlli urinari. - % di soggetti con affidamento del metadone con morfinurie (o altre sostanze) negative. - % di pazienti con abbandono o allontanamento dal trattamento. - Indice di avanzamento (% soggetti in avanzamento e tempo medio di transito) nel percorso terapeutico ottimale verso forme di risoluzione della tossicodipendenza (primo contatto →%→ terapie intensive →%→ terapie residenziali →%→ reinserimento →%→ risoluzione).	
8	Efficacia (Grado di salute aggiunta, grado di patologia evitata)	UTILIZZO SOSTANZE D'ABUSO	A. % U-Morfinuria positiva ultimi 30gg., 3m., 6m., B. % U- Altre sostanze (anfetamine, cocaina, THC, BDZ ecc.) C. abuso alcolico come compensazione alla sospensione uso di eroina (% alcolurie pos.) D. % U - Metadone positiva E. numero di ricadute a 12 m.
		GRADO DI PERFORMANCE (personale e sociale)	A. Grado di istruzione B. Grado di professionalità (abilità specifiche). C. Grado di Social conformità. D. Grado di compenso psichico. E. Capacità produttiva reale (capacità di assicurarsi un reddito utile mediante attività lecite). F. Presenza attività lavorativa (occupazione). G. Dimensione della qualità della rete sociale. H. Numero di episodi di conflittualità familiare ultimi 3 m.. I. Numero di attività sociali positive (modello SSAS). J. Abilità preventive
		QUALITÀ DI VITA (QL)	A. QL percepita B. QL clinical status related C. QL social status related



		INCIDENZA PATOLOGIE CORRELATE	A. Presenza patologie infettive (HIV, HBV, HCV, MTS, TBC). B. Numero di episodi di overdose ultimi 3m.. C. Presenza/ intensità sintomi psichiatrici. D. Livello di conoscenza, percezione del rischio, attitudine al rischio, abilità preventive anti HIV (siringa, profilattico) e overdose. E. Numero di episodi di attività criminale che hanno dato origine ad azioni delle Forze dell'Ordine ultimi 3m.. F. Presenza di attività di prostituzione.

NOTA IMPORTANTE - La valutazione dell'efficacia dei trattamenti deve essere eseguita prendendo in considerazione due principali dimensioni: grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata conseguenti agli interventi, valutati come scostamenti da una situazione iniziale preintervento. La valutazione può essere eseguita su pazienti in trattamento stabilizzato (da almeno 60 giorni) e valutando quindi lo scostamento tra la condizione di salute all'entrata (t1) e dopo un tempo standard di osservazione (t2) che potrà essere 3 – 6 – 9 – 12 mesi. Questo modello valuta quindi lo scostamento tra t1 e t2 e prende in considerazione gli esiti del trattamento fino a quando il paziente resta in carico e all'interno del percorso terapeutico. Per la valutazione di follow up post trattamento si possono utilizzare gli stessi indicatori ma attribuendo un significato diverso alla valutazione relativamente al nesso di causalità esistente con il trattamento una volta che è stato sospeso e che il paziente è ritornato nell'ambiente di vita senza ulteriori supporti. A questo proposito rimandiamo all'articolo specifico.

N.	DIMENSIONE	INDICATORI
9	Efficienza e Tempestività	Ser.T: Efficienza produttiva (o tecnica) - Volume prestazionale in relazione alle risorse. - Densità prestazionale media su singolo paziente per tipologia di prestazione (medica, psicologica, sociale ecc.). - gg totali di assistenza/costo globale grezzo U.O.. Efficienza allocativa (o esterna) - Grado di evasione della domanda non urgente (n. clienti richiedenti/n. di clienti accolti a 10 gg, 30 gg, 60 gg dalla domanda). - Grado di evasione della domanda urgente (n. clienti richiedenti/n. di clienti accolti a 24 ore, 48 ore, 72 ore dalla domanda). - Grado di soddisfazione dei bisogni (n. clienti attesi/n. clienti osservati). - N. di soggetti TD stimati sul territorio/n. soggetti TD in carico. Tempestività - tempi di attesa Comunità: - Tempi di attesa. - Tempo medio di residenzialità – carico/cliente. - Indice di occupazione (% di posti occupati nell'anno su totale disponibile). - Indice di rotazione (n. medio di persone residenti per posto disponibile/aa). - Indice di turnover (n. di gg trascorsi tra una dimissione di un cliente ed una successiva ammissione di un altro cliente).

10	Continuità assistenziale	- N. di soggetti che abbandonano i trattamenti. - % di dimissioni programmate sul totale delle dimissioni. - Tempo trascorso tra la prescrizione e l'erogazione della prestazione. - Esistenza di procedure e modulistica strutturata per il trasferimento delle informazioni cliniche nel caso di trasferimento dei pazienti tra le varie unità operative (pronta accoglienza – Ser.T – Comunità ecc.). - Tempo medio di trasmissione delle informazioni.

Qualità, indicatori e standard di riferimento

Una volta definiti gli indicatori vi è la necessità di concordare sugli standard che essi dovrebbero avere al fine di considerare le varie dimensioni ricadenti all'interno di un range "di qualità". Tale definizione può avvenire in vari modi, sia attraverso una definizione "a tavolino" sulla base dell'evidenze scientifiche e dei prerequisiti richiesti dagli enti programmatori/regolatori preposti alla definizione e controllo del sistema, sia attraverso negoziazioni tra questi e le U.O. erogatrici.

Un altro metodo è quello di utilizzare i Delta System (vedi articolo successivo) che individuano la media regionale di tali indicatori (calcolata su U.O. omogenee e in modo standardizzato) e che diventa così punto di confronto attorno al quale calcolare gli scostamenti delle singole U.O.. Così facendo saremo in grado di definire il "profilo medio" sulla base del contributo di tutte le U.O., che potrà essere utilizzato come "profilo di qualità attesa" da confrontare con quello "osservato" dalla singola U.O. (autovalutazione e autocorrezione) al fine di capirne gli scostamenti e poter attuare, se necessario, gli opportuni interventi correttivi.

Gli enti preposti alla programmazione, con questi strumenti, sono in grado di governare meglio la qualità nell'intero sistema, potendola realmente osservare e soprattutto comparare le diverse realtà, cogliendone la diversità.

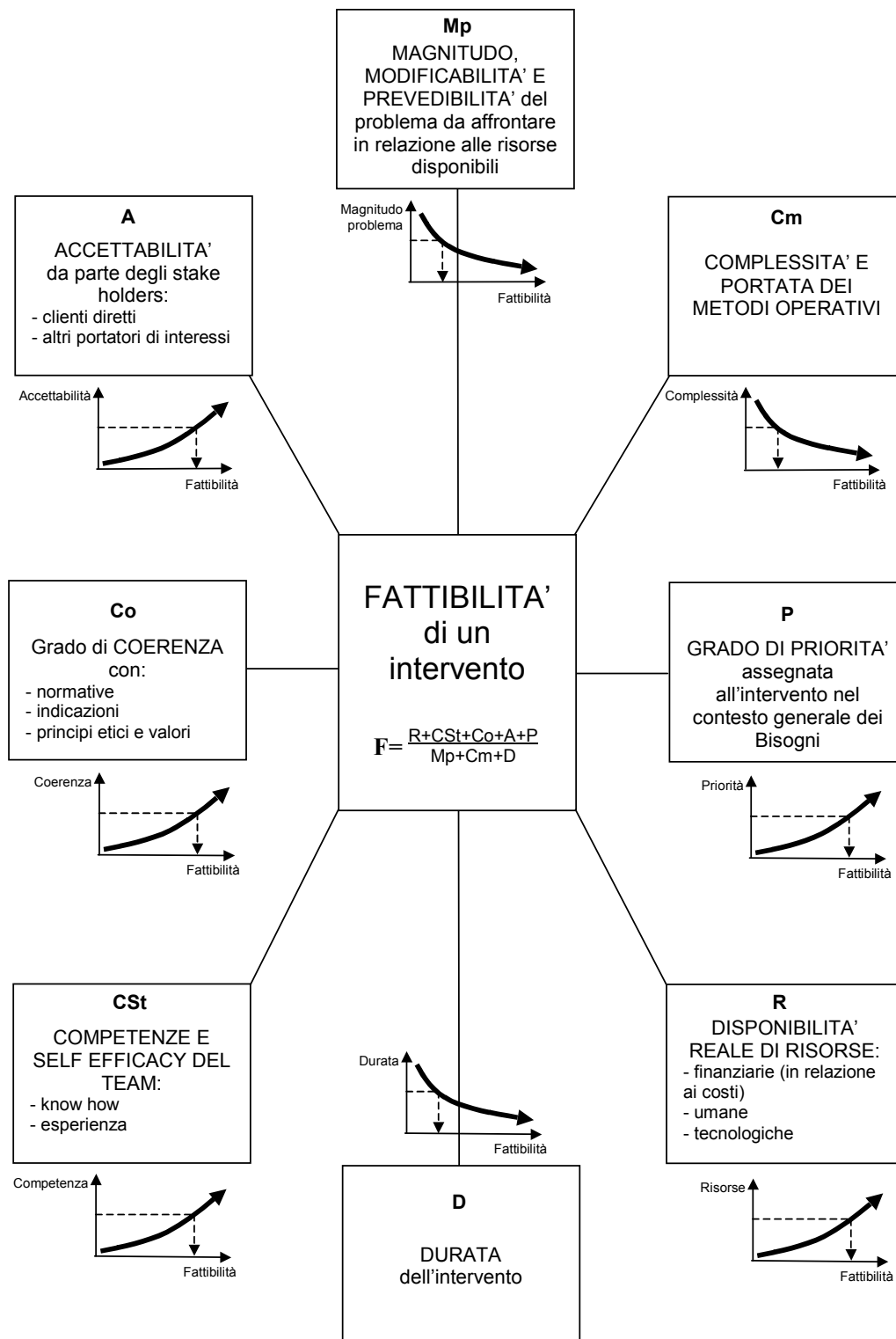
Fattibilità e qualità

Un altro importante fattore collegato alla qualità degli interventi è il loro grado di reale fattibilità. Essa infatti molto spesso è in grado di condizionare la qualità stessa degli interventi che per poter essere eseguiti devono fare in conti anche con le condizioni contingenti e le risorse disponibili.

"La qualità costa" è uno slogan molto vero e spesso questo "costo" (o molto più precisamente questo "insieme di costi" non solo finanziari) è in grado di condizionare molto fortemente la realizzabilità delle nostre aspettative. L'argomento verrà trattato più approfonditamente negli articoli successivi, a cui si rimanda, ma nel frattempo risulta utile avere almeno un inquadramento generale dei principali fattori determinanti la fattibilità degli interventi.



Fig. 4: Principali fattori determinanti la fattibilità di un intervento

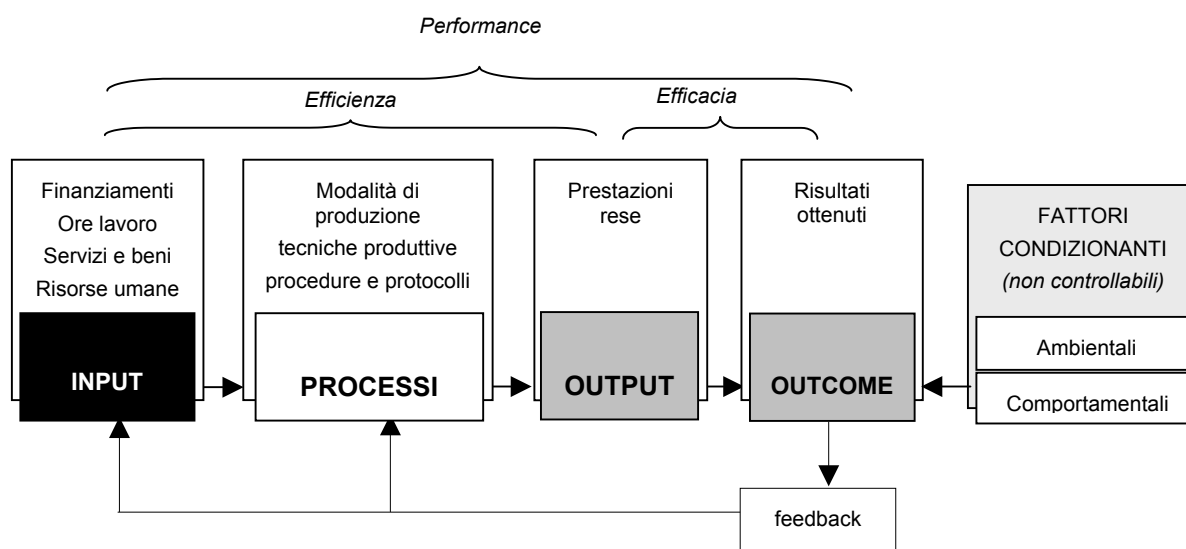


Altri concetti base

Con i termini “valutazione quality oriented” applicato alla problematica della tossicodipendenza, possiamo intendere la misurazione di una serie di variabili utilizzabili anche come indicatori per i sistemi TQM. Queste variabili dovrebbero essere in grado di rappresentare ed evidenziare il grado di soddisfazione dei bisogni (preventivi, terapeutici e riabilitativi) e le domanda dei pazienti, le prestazioni erogate (output) e gli esiti raggiunti (outcome). Dovrebbero inoltre essere ottenute in relazione ad obiettivi socio-sanitari completi, predefiniti e non autoreferenziali.

L'applicazione di questo concetto non può essere disgiunto quindi da una costante e contemporanea attenzione alle risorse impiegate (input), all'efficienza ed alla correttezza scientifica ed all'appropriatezza delle metodologie produttive impiegate (processi), ai risultati in termini di prestazioni erogate (output) ed agli esiti dei trattamenti (outcome)

Fig. 5: Il processo produttivo per l'erogazione del servizio inteso come catena del valore



Efficiacia

Con il termine “Efficacia” si intende la capacità dimostrabile di una organizzazione o di un intervento terapeutico o riabilitativo di produrre realmente risultati positivi esprimibili in termini di:

1. grado di patologia evitata (efficacia preventiva);
2. grado di salute aggiunta (rispetto alle condizioni iniziali pre trattamento) dei pazienti assistiti.

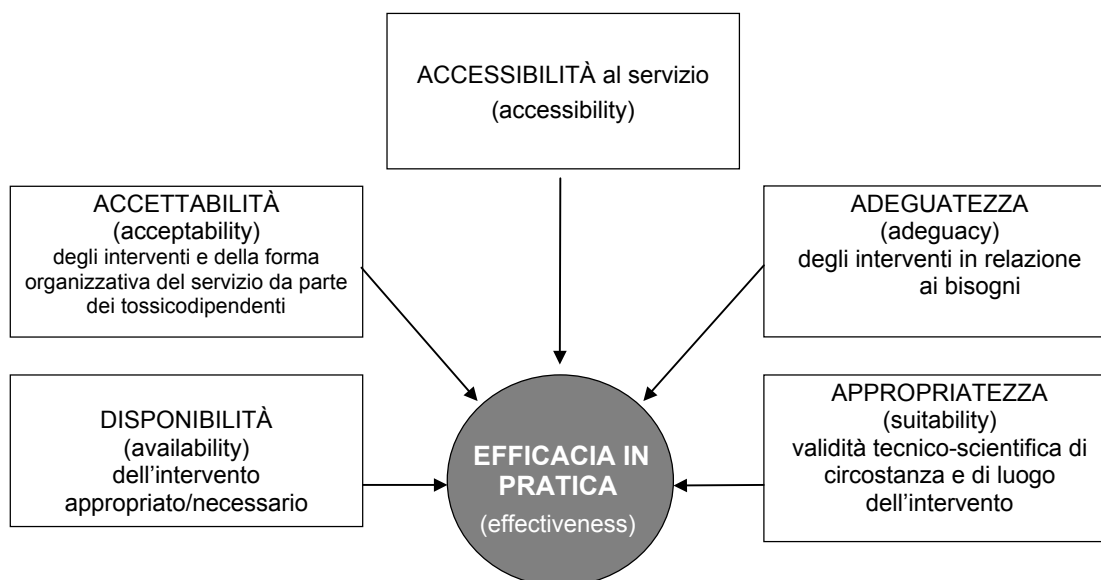
In altre parole l'efficacia è il rapporto esistente tra risultati ottenuti (outcome) e prestazioni erogate (output) al fine di ottenere tali risultati.

Va annotata la differenza tra “efficacy” e cioè l'efficacia teorica e “effectiveness” e cioè



l'efficacia ottenibile durante la normale pratica clinica, definita anche efficacia in pratica cioè misurata in condizioni reali.

Fig. 6: Fattori che influenzano l'efficacia in pratica



Efficienza

Con il termine “Efficienza” invece si deve intendere la capacità di una organizzazione di produrre prestazioni al fine di arrivare al risultato migliore in termine di salute aggiunta e/o patologie evitate dei pazienti assistiti. In altre parole l'efficienza si può definire anche la capacità di produrre e distribuire prestazioni utili, posseduta dall'organizzazione preposta all'erogazione di servizi al minor costo ⁽¹⁾.

L'efficienza è data dal rapporto tra prestazioni erogate (output) e risorse impiegate (input), portando quindi con sé il concetto (sempre collegato all'efficienza) della valutazione delle prestazioni sempre in relazione al loro costo di produzione comparato con analoghe situazioni.

Vanno inoltre distinte “l'efficienza produttiva” e “l'efficienza allocativa”. La prima riguarda propriamente il rapporto tra risorse impiegate e le prestazioni erogate e rappresenta quindi una proprietà “interna” dell'organizzazione. La seconda è invece il grado di risposta ai bisogni con le prestazioni erogate e rappresenta quindi una proprietà “esterna” dell'organizzazione.

Performance

Sia l'efficacia che l'efficienza sono dimensioni che costituiscono la “performance generale” delle unità operative.

Con il termine “Performance” si intende quindi il rendimento cioè la capacità di funzionamento di una organizzazione valutata contestualmente sulla base dei risultati ottenuti (outcome) a fronte delle risorse impiegate per ottenere tali risultati (input). La performance pertanto è il rapporto outcome/input.

Servizio

Con il termine “Servizio” sanitario possiamo intendere tutto ciò che l'organizzazione rispetto alla sua missione operativa è in grado di erogare valutato sulle sue tre dimensioni

principali:

volume (numero di prestazioni standard eseguite), case mix (numero e tipo di pazienti e di patologie trattate), qualità (efficienza ed efficacia di produzione dal punto di vista clinico, appropriatezza del processo di produzione assistenziale e conseguimento di esiti positivi).

Costo delle risorse

Il costo delle risorse è ricavabile dal rapporto tra la spesa di acquisto e le risorse stesse. I costi risorse (input) possono essere sostenuti da vari elementi: risorse umane (personale), beni, servizi ecc. e quant'altro collegato al mantenimento e al funzionamento della struttura produttiva. Questi elementi determinano i costi produttivi di base che a loro volta determineranno i costi delle prestazioni.

Costo delle prestazioni

Il costo delle prestazioni si ricava dal rapporto tra il costo delle risorse utilizzate per la loro produzione e il numero (e tipo) di prestazioni rese. Il costo delle prestazioni risente fortemente dell'efficienza del servizio produttore e quindi del rapporto output/input che si riesce ad ottenere.

Costo dei risultati (salute aggiunta)

Il costo dei risultati (salute aggiunta) si ricava dal rapporto tra il costo delle risorse utilizzate e i risultati ottenuti (outcome).

Tab. 4: principali definizioni

Efficienza	Output/input
Efficacia	Outcome/output
Performance	Outcome/input
Costo delle prestazioni	Costo dell'input/output
Costo dei risultati	Costo dell'input/outcome

Valutazione clinica e caratteristiche degli indicatori nella dipendenza da sostanze psicoattive

La "valutazione", per il dirigente che si occupa di una unità organizzativa per le tossicodipendenze, può avvenire in due principali ambiti: l'ambito clinico e cioè quello relativo alla persona su cui si espletano determinate attività in relazione al suo stato di salute, e l'ambito organizzativo-produttivo e cioè in relazione con l'unità operativa che eroga il servizio.

La "valutazione clinica" va intesa come un complesso processo finalizzato a raccogliere dati sulla persona e sul suo ambiente di vita, al fine di ricavarne informazioni utili ai processi decisionali in ambito preventivo, terapeutico e/o riabilitativo. Per fare questo l'operatore si avvale di una serie di metodologie, strumenti, indagini più o meno complesse e riferimenti noosologici condivisi.

La "valutazione clinica" ha varie finalità e sulla base di queste si possono distinguere diversi ambiti di valutazione, all'interno dei quali si utilizzano diversi processi ed indicatori.

I quattro principali ambiti sono: la valutazione "diagnostica", "prognostica", "di efficacia (outcome)" dei trattamenti e "di efficienza tecnico-funzionale" dove l'oggetto di valutazione sono i vari processi diagnostici e terapeutici utilizzati.

Risulta utile ed indispensabile chiarire le diversità esistenti tra i vari tipi di ambiti, in quanto



molto spesso essi si confondono e, nella definizione dei sistemi di valutazione, si generano notevoli incomprensioni e disguidi, confondendo soprattutto indicatori prognostici con indicatori di risultato/efficacia. Questo porta l'operatore ad utilizzare erroneamente e maggiormente, per valutare l'esito dei suoi trattamenti, "giudizi di probabilità" e non dati di evidenza e in quanto tali oggettivabili.

La variazione dei fattori di mantenimento o cambiamento (soprattutto in ambito psicologico) viene infatti spesso erroneamente interpretata come "guadagno terapeutico" indipendentemente dai comportamenti oggettivabili, in quanto questi fattori sono confusivamente ritenuti indicatori di esito e non prognostici quali invece essi sono. Per meglio comprendere questo concetto si rimanda avanti al paragrafo sul modello eziopatogenetico.

La tabella 3 riporta schematicamente questi concetti e le principali metodologie utilizzate nei tre tipi di valutazione.

Tab. 5: ambiti, finalità e principali indicatori nella valutazione clinica

VALUTAZIONE		FINALITÀ GENERALI	PRINCIPALI INDICATORI
AMBITO	TIPO		
DIAGNOSTICA	Classificazione (labeling)	Inquadrare in categorie nosologiche predefinite standard.	- Segni, sintomi, dati laboratoristici e strumentali, comportamenti, ecc.
	Stadiazione	Comprendere lo "stato" di gravità e graduare su una scala di riferimento (implicita od esplicita).	- Segni, sintomi, dati laboratoristici e strumentali, comportamenti, ecc.
PROGNOSTICA	Di fattibilità degli interventi	Comprendere le possibilità di eseguire trattamenti opportuni, di possibile successo e di mantenere nel tempo tali terapie in relazione alle caratteristiche del paziente e del suo ambiente.	- Tipo e gravità della situazione patologica - Risorse interne utilizzabili - Risorse esterne utilizzabili
	Di futuro esito	Comprendere la possibile evoluzione e le conseguenze sulla sopravvivenza, la funzionalità e la qualità di vita. (Quod vita, quod valitudine). Questa valutazione viene anche definita il "giudizio di probabilità".	- Tipo e gravità della situazione patologica - Risorse interne utilizzabili - Risorse esterne utilizzabili - Fattori di cambiamento e/o di mantenimento della patologia (resistenze e limiti)
DI EFFICACIA	Di risultato sul cliente	Comprendere l'effetto e l'utilità degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi sul singolo in termini di salute aggiunta e patologia evitata.	- Tempo di sopravvivenza comparato - Grado di funzionalità aggiunta (Δ) - Abilità preventive (grado di patologia evitata) (Δ) - Qualità di vita aggiunta - Customer satisfaction
	Di impatto sul fenomeno	Comprendere le variazioni epidemiologiche sull'insieme della popolazione interessata.	- Misure di Incidenza e prevalenza

VALUTAZIONE		FINALITÀ GENERALI	PRINCIPALI INDICATORI
AMBITO	TIPO		
DI EFFICIENZA	Di costo	Comprendere e comparare i costi economici, umani e sociali delle indagini diagnostiche e dei vari trattamenti.	- Costi diretti - Costi indiretti - Costi comparati
	Di tempo	Comprendere e comparare i tempi medi di attesa, erogazione e valutazione.	- Tempi medi comparati
	Di soddisfazione	Comprendere il grado di soddisfazione prodotto sul cliente e sullo staff.	- Customer satisfaction - staff satisfaction
	Di validità tecnico scientifica	Comprendere e comparare il grado di definizione diagnostica, la reale capacità terapeutica ecc., e la dispendiosità dei processi utilizzati in relazione alla capacità predittiva, ai benefici ottenuti, ecc.	- rapp. Costo/beneficio

La valutazione in ambito clinico quindi può riguardare diversi aspetti in base alle finalità e all'utilizzo delle informazioni provenienti dalla sua applicazione. L'operatore a contatto con il cliente ha fundamentalmente bisogno in maniera contemporanea di tre tipi principali di valutazione:

- in ambito "diagnostico" (inteso più come problem assessment che labeling nosologico) al fine di individuare e conoscere i problemi del cliente;
- in ambito "prognostico" al fine di stimare l'evoluzione, la possibile risposta alle terapie ma soprattutto le risorse attivabili e i fattori che giocano contro la guarigione;
- in ambito "di esito" (efficacia) e cioè di comprensione degli effetti realmente prodotti con gli interventi.

Indicatori

Con il termine "Indicatore sanitario" applicato al campo della gestione ed organizzazione, dobbiamo intendere tutte quelle variabili (semplici o complesse) in grado di misurare quantitativamente (direttamente od indirettamente) ed in maniera affidabile (valida) un fenomeno oggetto di osservazione ed i suoi cambiamenti, dando una rappresentazione sintetica utile ai processi decisionali.

Gli indicatori possono essere di vario tipo e soprattutto utilizzati a diversi livelli di operatività (centrale, regionale, periferico) ed in diversi ambiti funzionali (allocazione, programmazione/organizzazione, gestione) od applicati come nel nostro caso, ad ambiti e a problematiche specifiche (vedi tabella 5).

La tabella 6 riporta una sintetica classificazione dei principali tipi di indicatori sanitari in base ad ambiti di problematiche ed alle dimensioni dell'assistenza sanitaria

Gli indicatori possono essere classificati in diverse maniere in base alla relazione con l'oggetto di misurazione, all'ambito di attività ed all'applicazione ed alla relazione con il processo di programmazione. La tabella successiva presenta una più dettagliata descrizione di essi.



Tab. 6: Tipi di valutazione in ambito operativo

TIPO DI VALUTAZIONE	FINALITÀ ED UTILITÀ	METODOLOGIA
DIAGNOSTICA	- Finalizzata all'individuazione e comprensione dei problemi per i quali è necessario un intervento o un controllo nel tempo. - Necessaria per <i>iniziare</i> un intervento ed impostare il management.	Analisi PROBLEM ORIENTED ed individuazione delle deviazioni dagli STD. Labeling entro classificazioni condivise e predefinite.
PROGNOSTICA	- Finalizzata alla previsione ex-ante degli esiti della malattia e della cura (risposta alle terapie). - Necessaria per <i>scegliere</i> l'intervento e il management a più alta probabilità di successo in base alla situazione contingente rilevata all'inizio (gravità della situazione e risorse attivabili).	Analisi delle risorse (fatt. prognostici positivi) e dei fattori condizionanti negativi (fatt. prognostici negativi). Classificazione e stadiazione di gravità ex-ante.
DI EFFICACIA (OUTCOME)	- Finalizzata ad evidenziare il grado di salute aggiunta e/o di patologia evitata (riduzione del rischio) in seguito ad un intervento. - Necessaria per i feedback correttivi. - Necessaria per <i>continuare</i> un intervento.	Analisi degli SCOSTAMENTI PRE - POST trattamento del grado di salute e del rischio di patologia. Comparazione con situazioni di riferimento STD (esterna) o con situazioni precedenti del soggetto o del gruppo di soggetti in esame (interna).

Tab. 7: Caratteristiche principali qualificanti un indicatore per poter essere definito come "indicatore socio-sanitario"

N	CARATTERISTICHE DELL'INDICATORE	SPECIFICHE
1	QUANTITATIVO	In grado di rappresentare il fenomeno attraverso numeri semplici o punteggi complessi
2	VALIDO	Realmente rappresentativo del fenomeno che si vuole monitorare
3	SINTETICO	Semplice nella rappresentazione ed espressione "ridotta" (non riduttiva) di una realtà complessa
4	RIPRODUCIBILE	Preciso, affidabile, con minima variabilità inter ed intra operatore

5	FACILMENTE OTTENIBILE	Di facile rilevabilità da dati disponibili, elaborazione, comprensione ed economicità
6	FINALIZZATO	Realmente utile ai processi decisionali e di valutazione
7	SENSIBILE E SPECIFICO	In grado di cogliere le variazioni di stato, con bassa presenza di false positività e false negatività
8	RAGIONEVOLE E CONGRUENTE	Con forte razionale e giustificazioni logiche del suo utilizzo relativamente alle problematiche su cui viene applicato, identificato con assunti teorici giustificabili, ragionevoli e congruenti con le conoscenze scientifiche
9	COMPRENSIBILE	Di facile interpretazione ed alta fruibilità informativa, con componenti chiare e definite (es. numeratore e denominatore)

Tab. 8: Criteri per la classificazione degli indicatori sanitari

IN BASE A	TIPI	SPECIFICHE
1. <i>Relazione con l'oggetto di misurazione</i>	ind. DIRETTI: ind. PROXY	direttamente correlati al fenomeno da rappresentare indirettamente in relazione con il fenomeno da rappresentare.
2. <i>Ambito di attività ed applicazione</i>	ind. DESCRITTIVI/ FORMATIVI ind. di VALUTAZIONE ind. di PROBLEMA ind. PREDITTIVI	descrivono il sistema e le sue variazioni nel tempo per comprendere se ed in che misura si sono raggiunti gli obiettivi prefissati mediante analisi dei trend specifici su aree di cruciale importanza in grado di predire l'andamento nel tempo dei fenomeni, finalizzati soprattutto alle previsioni mediante analisi dei trend.
3. <i>Relazione con il processo di programmazione</i>	Ind. di INPUT ind. di PROCESSO ind. di ESITO	descrivono le "risorse intese non solo come strutture e personale ma anche come esistenza di protocolli assistenziali prefissati (organizzazione) descrivono le attività di trasformazione input-output, le fasi della realizzazione del prodotto ed il consumo delle risorse a. ind. di OUTPUT: in grado di fornire una valutazione "economica" del prodotto (prestazioni, tempi, costi...) b. ind. di OUTCOME: in grado di fornire una valutazione "sanitaria" degli esiti, cioè l'impatto sullo stato di salute.



IL MANAGED CARE MODEL (MCM)

Premesse: dai modelli operativi impliciti a quelli espliciti

Le varie équipe dei Ser.T e delle Comunità Terapeutiche, al pari di altre unità operative, utilizza modelli operativi durante le attività assistenziali, derivanti dalla competenza e dalla professionalità delle varie figure presenti nel suo interno. I processi diagnostici, quelli prognostici e di decision making sono costantemente presenti all'interno dell'operatività dell'équipe siano essi espliciti e messi all'interno di formali protocolli, linee guida e procedure, siano essi esistenti solo nella testa dei singoli operatori.

Questi processi sono la base condizionante gli interventi a cui, "volenti o nolenti", gli operatori fanno riferimento costantemente. Esiste quindi una serie di modelli culturali e professionali (spesso diversi da operatore ad operatore) che avrebbero la forte necessità di essere coordinati, controllati e gestiti in quanto elementi fondamentali nella produzione del "servizio" all'utenza e nel condizionare il rapporto terapeutico.

È chiaro che per poter gestire questi processi è indispensabile che essi siano "visibili" ed intelleggibili e quindi esplicitati in forme consone a permetterne la comprensione e quindi il controllo. Di pari importanza e inscindibilmente collegata è la esplicitazione dei modelli di riferimento tecnico scientifico ed interpretativo del fenomeno su cui si riversa l'intervento, attraverso una dettagliata analisi di ciò che l'operatore considera importante, per esempio, come indicatori diagnostici, come esso gradua in gravità le situazioni riscontrate per i vari pazienti, come interpreta in termini prognostici gli indicatori rilevati e soprattutto quali criteri utilizza nel prendere le decisioni. Anche quando l'operatore non sembrerebbe utilizzare alcun criterio in realtà lo fa ricorrendo magari a modelli basati su tutt'altro che oggettività ed evidenza scientifica. Quello quindi che più interessa ai fini del "management dei processi clinici" è la conoscenza e l'analisi formale di come l'operatore procede mentalmente (e su quali basi decide) durante le attività assistenziali.

Il primo passo quindi per la costruzione di "modelli clinici gestiti" (intesi come controllabili) è l'esplicitazione dei modelli, dei processi e dei criteri utilizzati dagli operatori. La figura 4 sottolinea e chiarisce questo prerequisito fondamentale per arrivare ad un vero controllo di qualità delle attività cliniche.

In altre parole adottare questa modalità di procedere vuol dire passare dai modelli operativi impliciti a quelli espliciti attraverso un lavoro di analisi e formalizzazione che utilizza le tecniche del TQM per raggiungere lo scopo.

Gli operatori e la necessità di nuovi modelli di management clinico

Risulta evidente che nell'analisi preliminare delle componenti del sistema è necessario focalizzare l'attenzione anche sugli operatori che dovranno in qualche modo integrare la loro professionalità acquisendo una nuova cultura di "assessment e management clinico ed organizzativo" che fino ad ora non è stata loro patrimonio.

Con il termine "management clinico", applicato all'ambito dell'assistenza ai tossicodipendenti, si deve intendere una particolare modalità di operare che congiunge gli aspetti tecnico-scientifici dell'assistenza clinica a quelli gestionali organizzativi, al fine di affrontare contemporaneamente e risolvere specifici problemi con efficacia ed efficienza.

Può essere considerato anche l'insieme delle azioni tese a condurre, gestire, controllare e risolvere una situazione clinica complessa in un sistema "quality oriented" con costante e contemporanea attenzione quindi ai risultati ottenuti in relazione ai processi ed alle risorse impiegate.

Il "management clinico" però, per poter essere definito tale, deve possedere alcune caratteristiche e cioè: visione sistemica, contingente e processuale "dell'organizzazione Dipartimentale", orientamento scientifico applicato ai processi decisionali, cultura gestionale

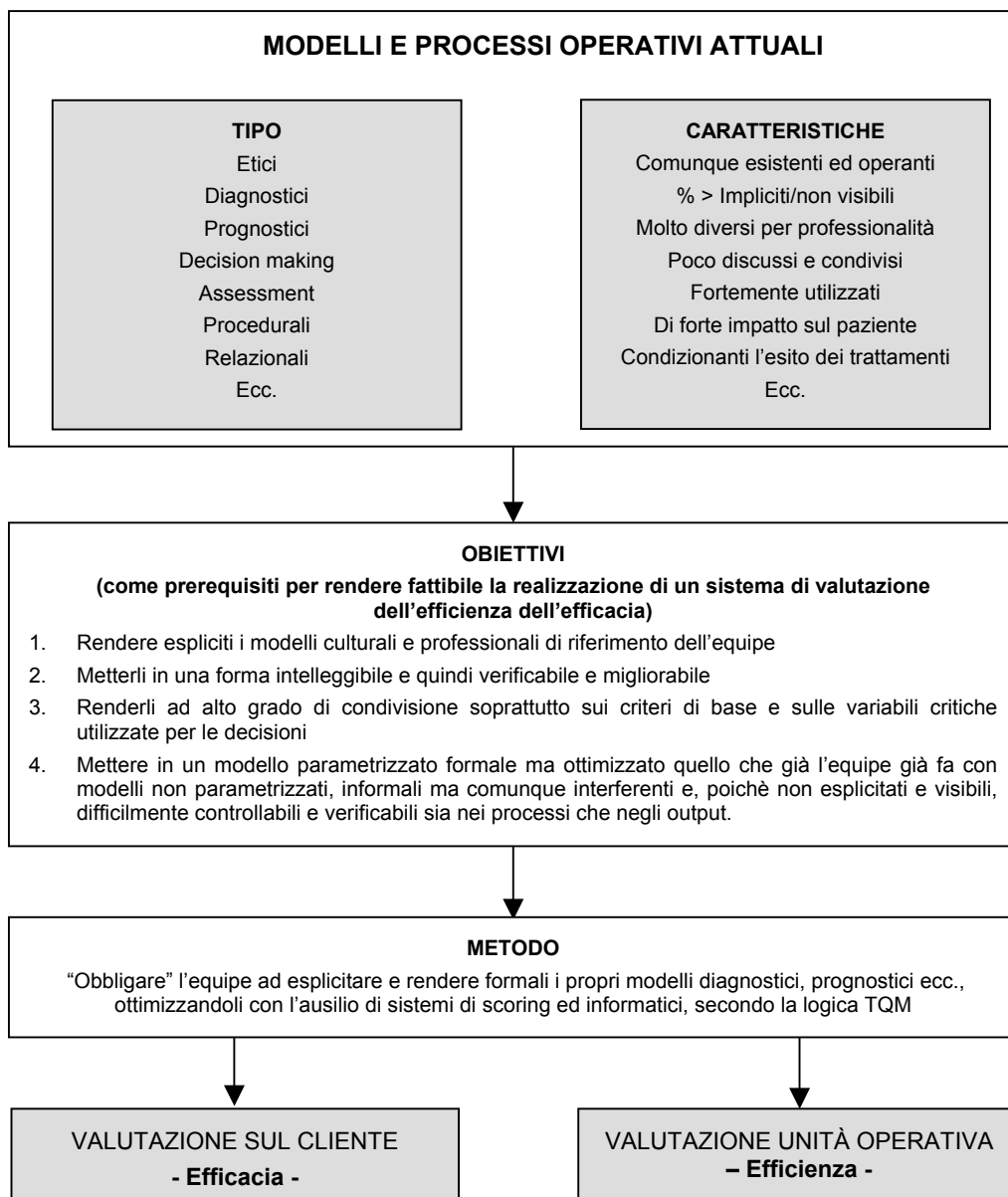
orientata al TQM, utilizzo delle scienze dell'organizzazione e della modellistica, delle tecniche di problem solving e decision making.

Il "management organizzativo" invece é la capacità di ottenere che persone con ruoli e professionalità diverse operino insieme per ottenere concretamente i risultati desiderati. Questo tipo di management riguarda quindi più le modalità di conduzione dello staff e l'utilizzo e gestione delle risorse.

Il comportamento del manager in ambito organizzativo invece, volto a guidare e coinvolgere le persone utilizzando autorevolezza ed autorità, viene definito "leadership".

Il nostro impegno futuro dovrà essere quello di sviluppare un modello per definire moderni sistemi di assessment e management clinico ed organizzativo che siano in grado di fornire soluzioni pratiche e scientificamente orientate nel campo delle tossicodipendenze.

Fig. 7: Il controllo di gestione dei processi clinici (dai modelli e processi impliciti a quelli espliciti)





Definizione di Managed Care Model (MCM)

L'MCM si può definire come un modello comportamentale in ambito professionale che attua le attività di prevenzione, cura e riabilitazione con una costante e contemporanea verifica delle risorse impiegate, delle prestazioni erogate, delle metodologie, degli esiti dei trattamenti e dei costi, provvedendo alla ottimizzazione della metodologia clinica sulla base dei risultati di queste verifiche. L'MCM applica le metodologie del TQM alla gestione clinica del paziente e si esplica nel rispetto dei criteri riportati nella tabella successiva.

Tab. 9: Criteri per l'MCM

N	L'MCM SI DEFINISCE SULLA BASE DELLA PRESENZA DELLE SEGUENTI CARATTERISTICHE
1	Procedure operative esplicite e formalizzate in algoritmi WDW
2	Protocolli diagnostico-terapeutici dettagliati esplici e verificabili
3	Modelli clinici integrati con sistemi e procedure per la raccolta dati, finalizzata alla valutazione dell'output e dell'outcome
4	Controllo delle prestazioni (output) "multilink": prestazione-paziente-operatore-costi
5	Possibilità di collegare l'output all'outcome
6	Sistema per controllo dei costi e dei benefici diretti
7	Valutazione integrata e ponderata sui costi in relazione anche ai beni intangibili (vita, affetti, sofferenza, ecc).
8	Ridefinizione dei processi e protocolli diagnostici e terapeutici sulla base della valutazione dell'outcome
9	Orientamento pragmatico e scientifico (evidence based)

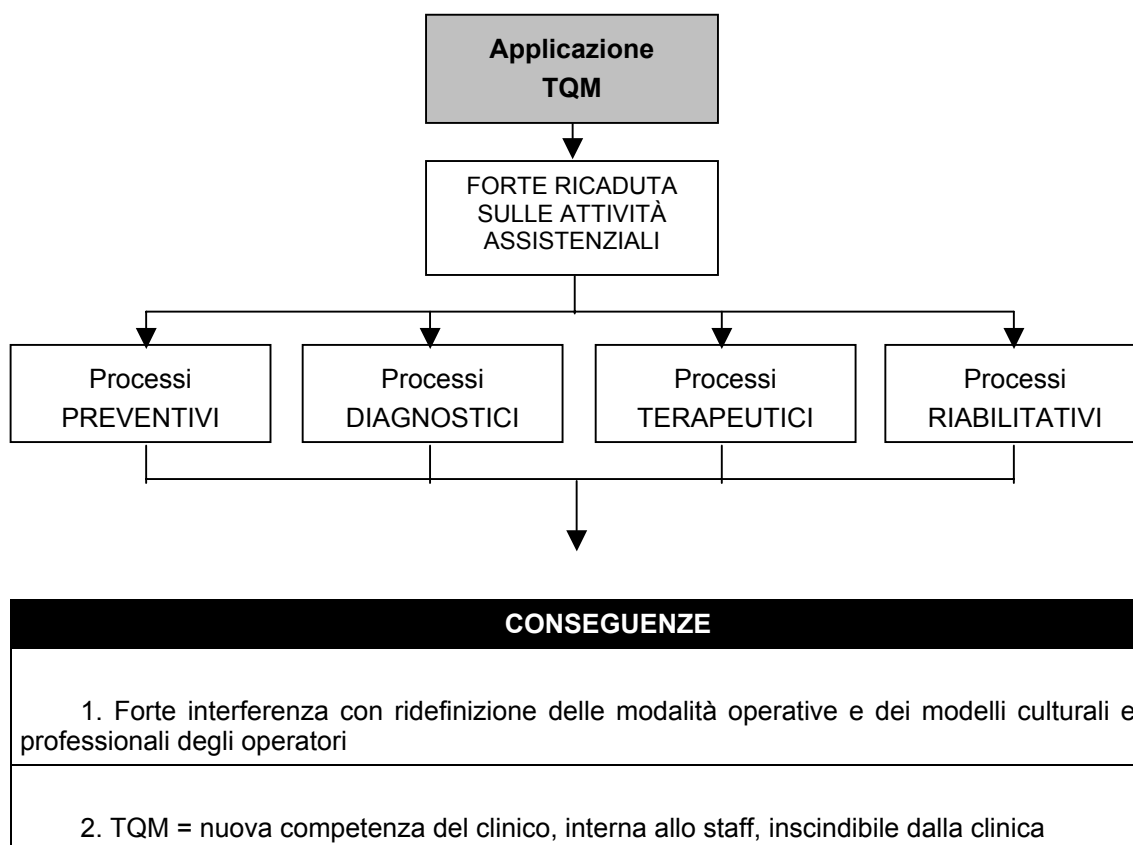
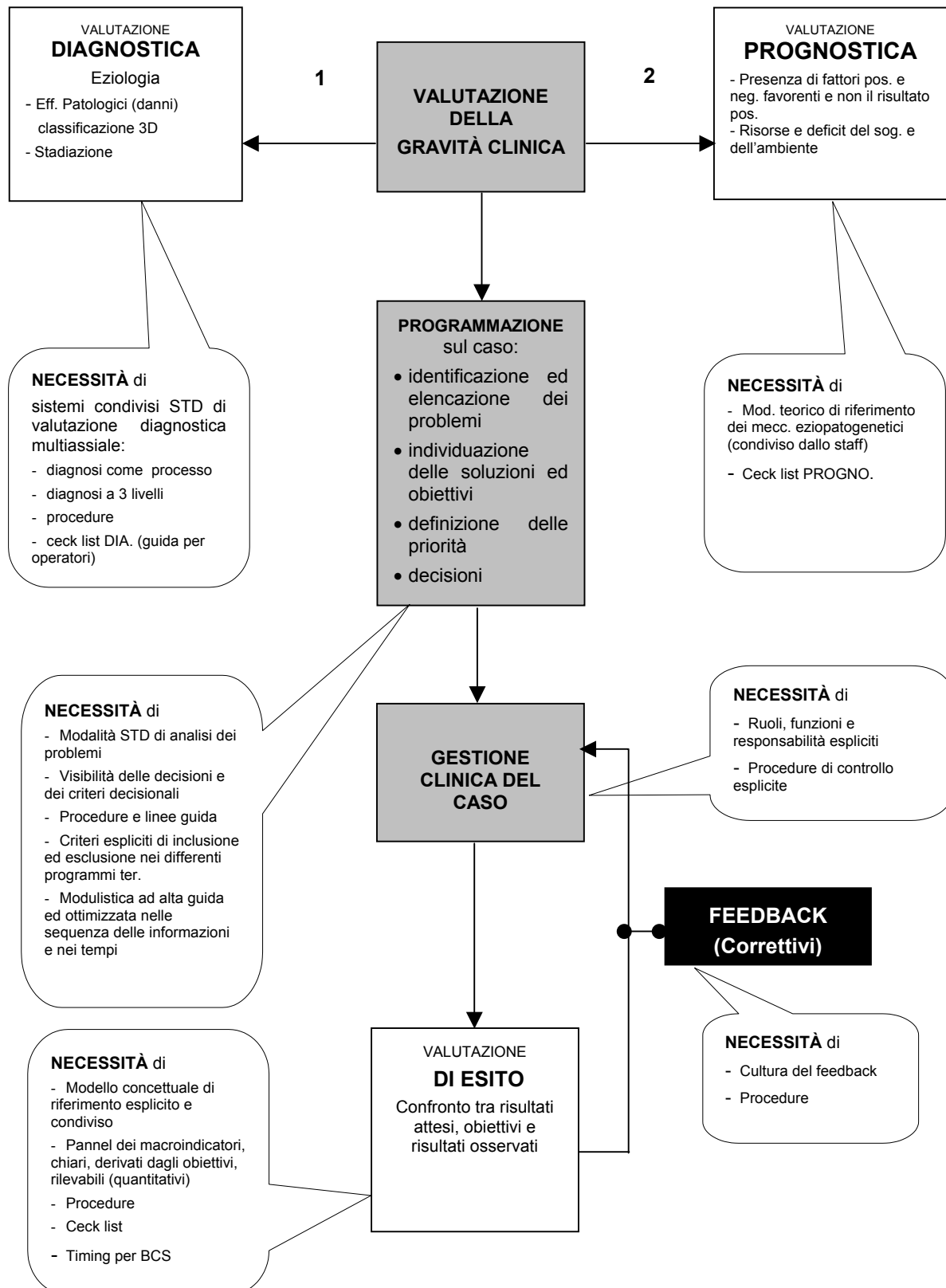
Fig. 8: TQM e conseguenze sulle attività cliniche



Fig. 9: Processo clinico, MCM e necessità per lo sviluppo



Tab. 10: Nuovi modelli di management clinico (schede di sintesi)

1 DEFINIZIONE E SVILUPPO DEI SISTEMI DI ASSESSMENT E MANAGEMENT CLINICO
A. Identificare quali azioni (diagnostiche e terapeutiche) siano realmente utili nella conduzione clinica del paziente e cioè in grado di produrre esiti efficaci, nel far aumentare il tempo di sopravvivenza, diminuire il tasso di letalità e di morbidità, aumentare la qualità di vita e le performance. Tutto questo al fine di "selezionare" una gamma di interventi e di prestazioni da erogare realmente valutati nella loro efficacia e non autoreferenziali. B. Definire quali e quanti indicatori ed informazioni raccolte vengono poi realmente usate nelle decisioni operative. C. Definire quanto e come è ottimizzabile la raccolta ed esposizione dei dati dei pazienti al fine decisionale durante le riunioni di équipe. D. Chiarire in che modo e con quali strumenti si può arrivare ad un sistema di assessment standard (STD) che permetta una valutazione di base (I° livello), minimale, rapida e condivisa. E. Definire il timing di assessment STD periodico (ogni 3 - 6) mesi al fine di formulare un Bilancio Clinico Standardizzato (BCS) sui pazienti in carico che permetta di costruire valutazioni utili ai processi gestionali ed interpretativi del fenomeno. F. per arrivare a questo é necessario che l'équipe acquisisca le seguenti abilità: ◆ parlare lo stesso linguaggio diagnostico ◆ disporre di procedure di valutazione STD ◆ ottimizzare e ridurre i tempi di valutazione e discussione ◆ definire il modello interpretativo della patologia a cui l'équipe fa riferimento (vision) ◆ definire gli obiettivi e il termine temporale in cui possono essere raggiunti (mission) ◆ definire il concetto di "fattibilità" e "soglia" degli interventi in base alle caratteristiche del paziente ◆ definire il modello di management clinico (sequenza delle azioni, schemi e punti di valutazione, strumenti, modalità di presentazione) e le priorità di intervento ◆ definire le fasce – tipologie di pazienti in base al livello di fattibilità e relativi interventi possibili ◆ definire i criteri decisionali e le scelte in base alle varie situazioni da risolvere ◆ definire precisamente ruoli, funzioni e obiettivi dei singoli operatori ed i sistemi di controllo per il management della specificità di ruolo. ◆ definire la base organizzativa e gestionale (comprese procedure, protocolli e macroindicatori di valutazione) derivante dal modello clinico <i>precedentemente</i> messo a punto e condiviso.
2 ACQUISIZIONE DI MODERNE MODALITÀ DI PROGETTAZIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI DEI SERVIZI (MCM)
Il MCM si realizza mediante lo studio dei modelli clinici, organizzativi e gestionali con tecniche di programmazione utilizzate nella definizione dei processi di produzione dei servizi (servuzione). Il MCM è un complesso di metodologie e di tecniche, gestionali ed organizzative, utilizzato per la pianificazione ed il controllo dei progetti preventivi terapeutici e riabilitativi. Attraverso l'utilizzo di questa tecnica si dovrà arrivare alla realizzazione di quanto riportato nel punto precedente, operando in modo che si arrivi ad una esplicitazione e descrizione dettagliata (secondo metodiche standard) delle procedure seguite dal servizio, dei criteri e delle regole utilizzate, dei protocolli farmacologici e degli standard di riferimento. Questo permetterà una trasparente intelligibilità interna ed esterna delle modalità di funzionamento del servizio rendendo di conseguenza possibile e la critica tecnico-scientifica al fine di ottimizzare la performance ma soprattutto poter allineare in una "vision" comune e in una reale conoscenza delle operatività e dei criteri decisionali altrui, tutti gli operatori del servizio.

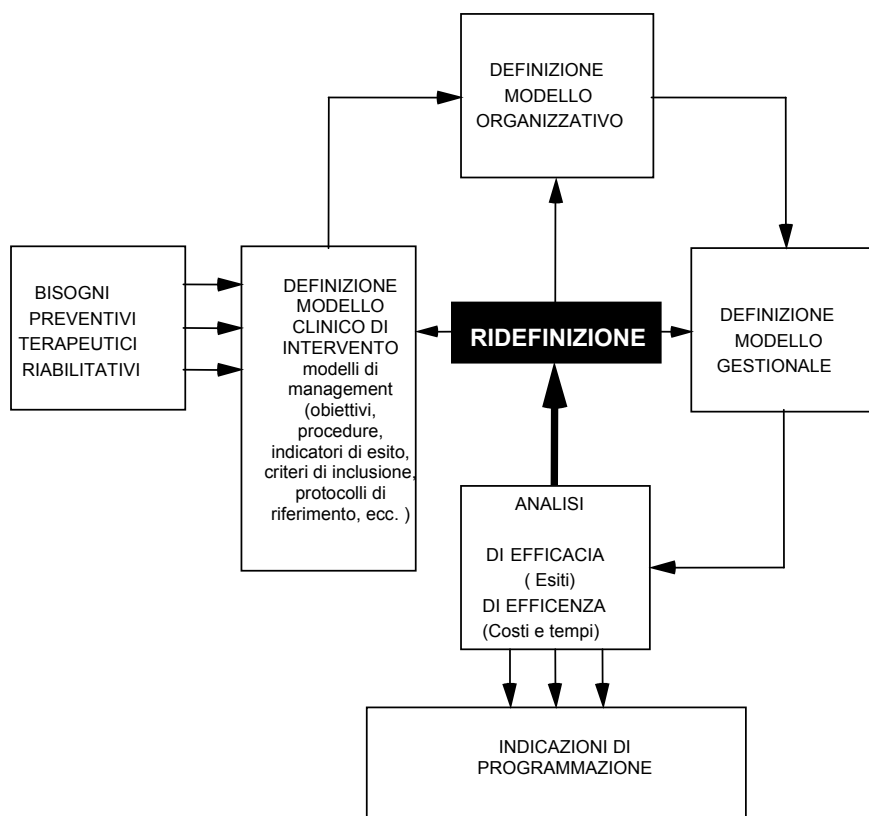


3	COMPRENSIONE E DEFINIZIONE DELLE PRESTAZIONI EROGABILI (LA FINE DELL'AUTOREFERENZIALITÀ)
	Nel campo dell'assistenza ai tossicodipendenti sino ad ora è stata poco applicata una corretta valutazione degli esiti dei trattamenti al fine di stabilire se gli interventi eseguiti (ed i relativi costi) fossero realmente giustificati. Ad oggi riteniamo non sia più possibile nè etico continuare su questa strada che ha permesso lo sviluppo (dentro e fuori i SerT) di poderose organizzazioni e gruppi professionali che erogano in maniera autoreferenziale ed estremamente costosa prestazioni di dubbio beneficio e che non hanno alcun reale sistema di valutazione. Vi è inoltre un grande numero di operatori che oltre a non possedere basi culturali in tal senso, si oppongono fortemente all'introduzione dei sistemi di valutazione quantitativa, adducendo fantasiose e spesso strumentali filosofie e personali opinioni, per la maggior parte mutate più da "convinzioni magiche" che da evidenze scientifiche. Risulta ormai evidente che tutto ciò deve essere risolto e che l'operatore delle tossicodipendenze deve acquisire una cultura professionale ed un modus operandi perlomeno alla pari con gli altri settori sociosanitari e basato su seri criteri scientifici, organizzativi e di risultato. Pertanto anche per quanto riguarda la definizione delle prestazioni realmente erogabili ricordiamo, con forte senso realistico, che il livello di "erogabilità" viene fissato definendo la risultante tra "Bisogni clinici - Costi generabili" e "Offerta realmente utile - Costi sostenibili (risorse)", con una successiva definizione delle priorità cliniche dalle quali ne deriva la situazione delle prestazioni realmente erogabili sulla base delle risorse esistenti. Le priorità si possono definire seguendo la legge delle priorità di Pareto dove si evidenzia che spesso l'80% delle risorse viene consumato per la gestione del 20% dei problemi organizzativi.

Tab. 11: Check list degli elementi minimi per realizzare un MCM

PUNTI DI VALUTAZIONE	ELEMENTI MINIMI PER REALIZZARE UN MCM
INPUT	☐ Centro di costo per capitolo di spesa ☐ Centro di responsabilità e responsabile ☐ Report trimestrale dei costi di servizio ☐ Tabella dei costi per prestazioni singole ed aggregate
PROCESSI	☐ Procedure di servizio WDW ☐ Sistema di valutazione degli operatori ☐ Protocolli, linee guida (diagnostiche e terapeutiche) ed indicazioni di management ☐ Sistema per la formazione interna permanente ☐ Sistema controllo dei tempi di attesa (moduli e procedure) ☐ Sistema controllo della soddisfazione del cliente ☐ Sistemi e procedure per archiviazione dati ☐ Report STD di servizio
OUTPUT	☐ Tabella di codifica degli output (prestazioni tariffate) ☐ Scheda di registrazione prestazioni singolo operatore ☐ Procedura raccolta dati ☐ Programma di data entry ed elaborazione ☐ Tabella di report ☐ Programma di gestione compensazione di mobilità ☐ Procedure di calcolo dei carichi di lavoro e della dotazione della organica ☐ Responsabile delle procedure identificabile
OUTCOME	☐ Presenza di una dichiarazione etica ☐ Il modello esplicito di approccio generale ☐ Il modello concettuale di riferimento per la valutazione dell'outcome con indicatori e sistema di score ☐ Strumenti STD per la valutazione diagnostica (iniziale e di follow up), prognostica e della gravità clinica (CBE, ASI ecc.) ☐ Procedura BCS e modello di timing osservazionale ☐ Sistema di comparazione risultati osservati/attesi (percentuali o coorti subentranti) ☐ Sistemi di link outcome - output- input- ☐ Responsabile delle procedure identificabile

Fig. 10: Modello generale per la definizione ed il funzionamento di una unità operativa clinica



AREE DI VALUTAZIONE (L'UNITÀ OPERATIVA, LE PERSONE DA ASSISTERE)

La valutazione si può esplicitare su due soggetti diversi andando a valutare principalmente due peculiarità: l'unità operativa erogante il servizio e la persona a cui viene prestato, con due tipi di valutazioni differenziate ma correlate, la prima più in ambito di efficienza e la seconda di efficacia.

Tab 12: Soggetti della valutazione e aspetti principali da valutare

SOGGETTI DELLA VALUTAZIONE		ASPETTI PRINCIPALI DA VALUTARE
1	L'unità operativa sociosanitaria erogante il servizio	Efficienza (modalità di produzione e costi)
2	Il paziente (cliente) a cui vengono erogate cure e prestazioni sanitarie.	Efficacia dei trattamenti (Esito e soddisfazione)



È chiaro che per valutare questi aspetti non possiamo procedere in maniera disgiunta essendo fattori a mutuodizionalamento. L'efficacia dei trattamenti infatti dipende fortemente dal tipo e dalle caratteristiche dell'organizzazione che li ha prodotti, così come la tipologia del paziente e le caratteristiche della sua patologia (gravità e complessità clinica ecc.) sono in grado di condizionare le forme organizzative.

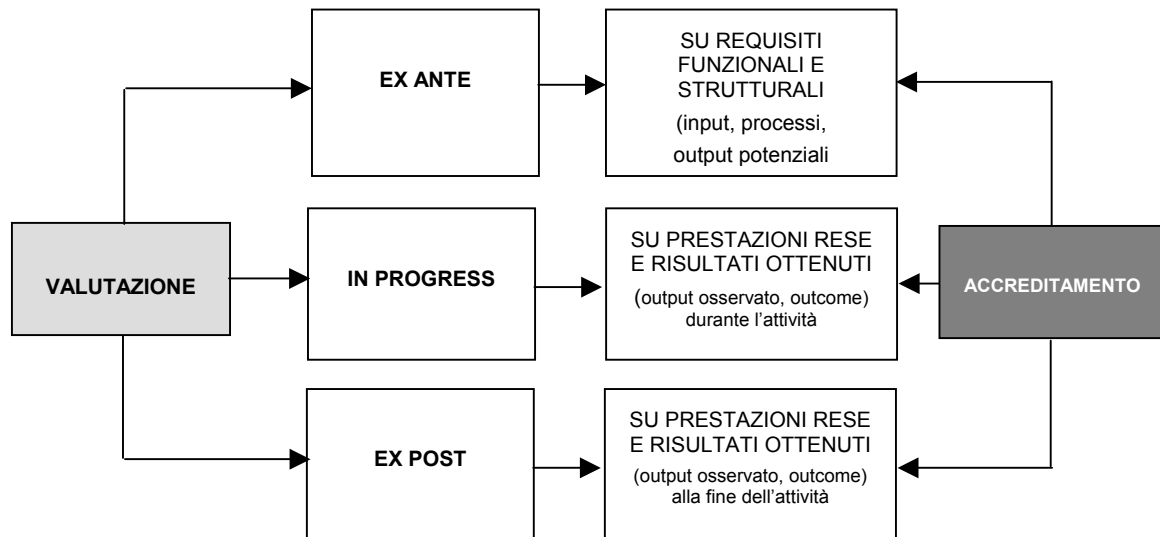
La valutazione "Quality oriented" avviene su tutti i vari ambiti che devono essere oggetto di monitoraggio e miglioramento continuo e cioè: le risorse impiegate – fattori abilitanti (input), i processi produttivi – di trasformazione - (protocolli, procedure e management), le prestazioni erogate e gli esiti prodotti (output e outcome).

Tab. 13: Punti del sistema produttivo su cui applicare la valutazione "Quality oriented"

PUNTI DI VALUTAZIONE	SPECIFICHE	SOGGETTI
INPUT	Risorse impiegate per produrre le prestazioni necessarie	
PROCESSI	Modalità e metodologie utilizzate (management, protocolli e procedure) nei processi produttivi	Unità operativa erogante
OUTPUT	Prestazioni erogate	
OUTCOME	Esiti dei trattamenti, risultati raggiunti, soddisfazione	Paziente

La valutazione contemporanea di questi fattori ci porterà ad ottenere una visione precisa del sistema produttivo con la possibilità, se necessario, di intervenire con azioni correttive. La valutazione può essere fatta sia ex ante che ex post. La prima riguarda i pre requisiti di funzionamento, la seconda più i requisiti di efficacia ed entrambe dovrebbero essere valide per le procedure di accreditamento.

Fig. 11: Tipi di valutazione



Come si può facilmente comprendere, il sistema generale che sta alla base di questo modello di pensiero, è un sistema concettualmente molto semplice che prevede per la sua realizzazione quattro fondamentali azioni:

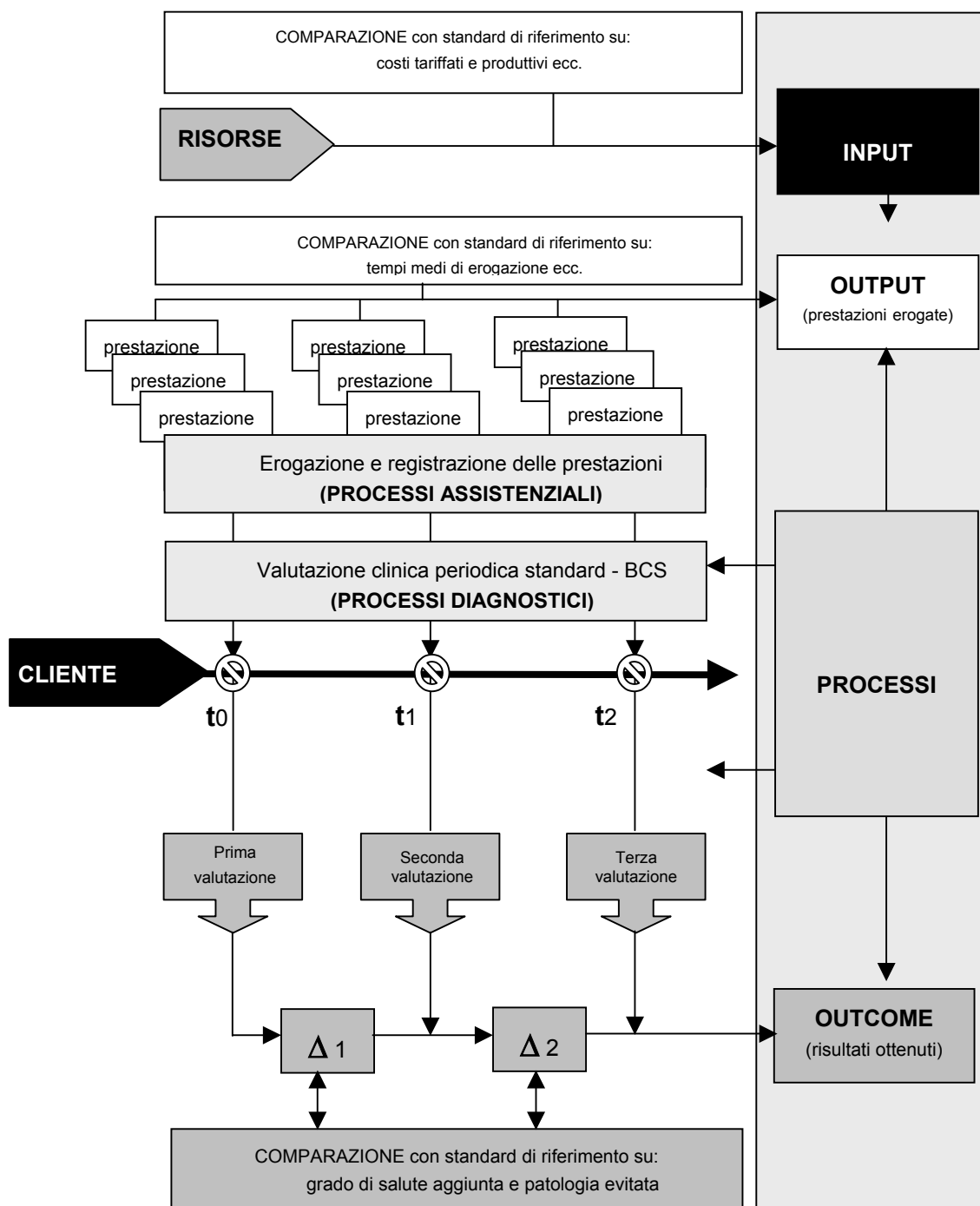
1. un computo delle risorse impiegate;
2. una esplicitazione e controllo dei processi utilizzati, dei criteri e degli standard di qualità di riferimento;
3. un computo delle prestazioni erogate;
4. una valutazione comparata, costante, periodica, standardizzata e quantitativa dei risultati dei trattamenti e della soddisfazione del cliente.

È chiaro che una necessità fondamentale ed irrinunciabile per poter realizzare un sistema di questo tipo è che vi siano degli indicatori (metriche di valutazione del processo erogato) quantitativi, sintetici, condivisi e ben individuati e che tutte le azioni sopra esposte siano collegabili attraverso un sistema “multilink” in grado di identificare (ed allocare correttamente) le risorse impegnate, da quale operatore, su quale paziente, con quale prestazione e con quale esito.

Per fare questo sarà però necessaria una profonda revisione dei modelli assistenziali correnti che non sono basati su concetti ispirati al TQM e dove il computo delle risorse impiegate o addirittura dei risultati ottenuti non venivano eseguiti ma soprattutto non vi era alcun criterio e standard di riferimento per la comparazione dei risultati. La figura 11 rappresenta ulteriormente questi concetti.



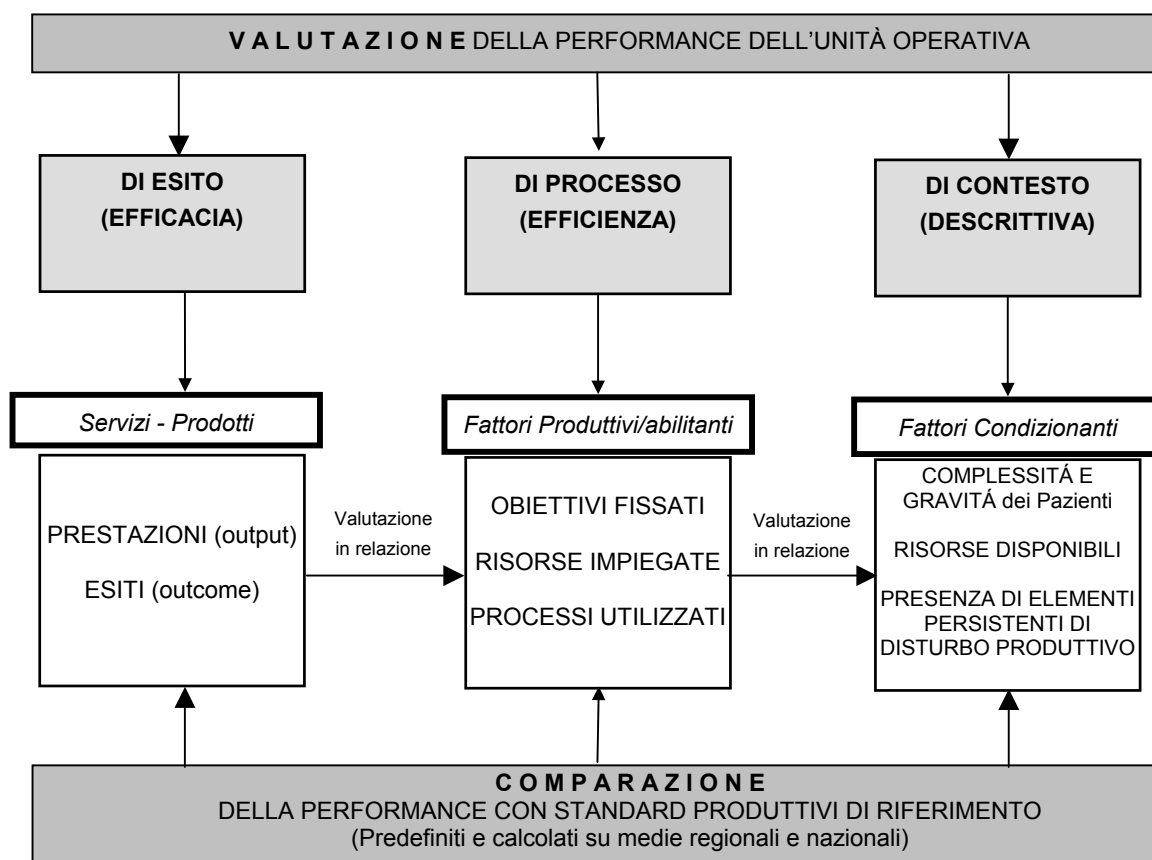
Fig. 12: L'architettura generale e flussi del sistema per la valutazione della Qualità



La valutazione dell'unità operativa erogante il servizio

Nell'affrontare questo paragrafo va ricordato che non è più possibile nella misurazione dell'efficacia dei trattamenti prescindere dalla relazione che essa ha con il processo impiegato per il suo raggiungimento. La valutazione eseguita al fine di esercitare un controllo di gestione di una unità operativa erogante un servizio e degli esiti prodotti, passa attraverso l'osservazione e la misurazione delle attività dell'unità operativa stessa e dei suoi prodotti in relazione agli obiettivi dati, ai processi ed alle risorse impiegate ed impiegabili, alla capacità tecnico-scientifica del problema da affrontare ed alla gravità clinica.

Fig. 13: Controllo di gestione e relazione tra "servizi prodotti" oggetto della valutazione di esito, "fattori produttivi" oggetto della valutazione di processo" e "fattori condizionanti" oggetto della valutazione di contesto.



In altre parole vi è la necessità di misurare se le attività vengono fatte in maniera efficiente e siano efficaci per la soluzione dei problemi che si devono affrontare, contestualizzandole nella complessità del problema e delle risorse disponibili.

La misurazione di queste variabili si prefigge quindi di valutare l'unità operativa attraverso l'analisi dei suoi prodotti/risultati (quantitativi/qualitativi), dei processi con i quali questi vengono raggiunti e quindi delle funzioni fondamentali dell'unità operativa, quella che in altre parole può



essere definita come “performance” dell’unità operativa.

La performance dell’unità operativa erogante il servizio, può essere definita come la “capacità produttiva di servizio” valutata quantitativamente e qualitativamente ma sempre in relazione ai fattori produttivi/abilitanti ed ai fattori condizionanti la produzione. La performance al fine della sua valutazione può essere messa in relazione con vari elementi di comparazione (interni ed esterni) in grado di far comprendere meglio la sua reale portata. La tabella seguente riporta i vari tipi di performance. La misurazione della performance va intesa però su varie dimensioni (vedi tabella 13).

Tab. 14: Tipi di Performance dell’unità operativa in base agli elementi correlati di valutazione utilizzata

SIGLA	TIPO DI PERFORMANCE	ELEMENTI DI VALUTAZIONE
PA	PERFORMANCE ASSOLUTA	Elementi prodotti in termini assoluti, valori puntuali e, variazioni nel tempo-trend (confronto interno)
PR	PERFORMANCE RELATIVA	Elementi prodotti in relazione alle risorse impiegate (es: pazienti trattati, numero di operatori) ed ai bisogni inevasi (es: numero di tossicodipendenti da trattare, numero di tossicodipendenti trattati) valori puntuali variazioni nel tempo-trend (confronto interno)
PC	PERFORMANCE COMPARATA	Elementi prodotti comparati con produttività di unità operative analoghe, scostamenti su standard di riferimento regionali o nazionali, valori puntuali, variazioni nel tempo-trend (confronto in esterno)

Tab. 15: Dimensioni della Performance dell’unità operativa

N	DIMENSIONI	NOTE
1	ACCESSO ALL’ASSISTENZA	Disponibilità delle prestazioni in relazione alla domanda ed ai bisogni
2	CAPACITÀ DI EROGARE ASSISTENZA	Livello di aggiornamento, di formazione e di abilità pratiche
3	ASPETTI TECNICI	Caratteristiche di qualità dei test e delle procedure diagnostiche e terapeutiche
4	ASPETTI COGNITIVI	Caratteristica dei processi mentali interpretativi e decisionali riguardanti la gestione del paziente
5	APPROPRIATEZZA DELL’ASSISTENZA	Caratteristica delle decisioni diagnostiche e terapeutiche sulla base delle evidenze scientifiche
6	SODDISFAZIONE DEL PAZIENTE	Percezione dei risultati raggiunti in relazione alle loro aspettative

N	DIMENSIONI	NOTE
7	SODDISFAZIONE DELL'OPERATORE	Percezione dei risultati raggiunti in relazione alle loro aspettative Percezione dell'efficacia del proprio lavoro in relazione all'impegno profuso
8	REALI ESITI DELL'ASSISTENZA	Misure dirette o proxy dello stato di salute aggiunta e delle sue variazioni prima e dopo gli interventi
9	COSTI DELL'ASSISTENZA	Costi diretti alle risorse consumate e costi indiretti derivati dalla riduzione delle produttività

Valutazione degli esiti dei trattamenti sul cliente (outcome)

Principi generali

Le conseguenze degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi possono essere valutate sotto diversi punti di vista e con diverse unità di misura.

In ogni caso, la valutazione degli esiti dei trattamenti dovrebbe essere: scientificamente orientata, permanente, collegata al management clinico in modo tale da agganciare l'analisi critica dei risultati ottenuti ai processi utilizzati.

In generale le aree principali di indagine/interesse possono essere: quella funzionale che misura l'efficacia degli interventi sulle funzioni fisiche psichiche e sociali, quella economica che misura i benefici economici (diretti ed indiretti) in relazione con l'intervento, quella individuale del cliente che misura l'utilità per il soggetto in termini di qualità di vita ponderata per anni di vita guadagnati.

La tabella successiva riassume tali concetti in maniera sintetica.

Tab. 16: Valutazione delle conseguenze degli interventi ⁽³⁾

AREE DI INDAGINE INTERESSE	OGGETTO DI VALUTAZIONE	SPECIFICHE	UNITÀ DI MISURA
FUNZIONALE	Effetti/Efficacia	Variazioni della funzioni fisica, psichica e sociale	Naturali (esiti terapeutici, anni di vita, giorni di disabilità prevenuti, ecc.)
ECONOMICA	Benefici economici diretti	Risparmio in relazione diretta con l'intervento, costi risparmiati in conseguenza della patologia evitata (es. diminuzione del numero di tumori invasivi in seguito a campagne di screening)	Monetarie



	Benefici economici indiretti	Guadagno di produzione per diminuzione delle perdite di tempo e maggior produttività del paziente e della sua famiglia	Monetarie
INDIVIDUALE (del cliente)	Utilità	Per il soggetto espressa in qualità di vita ponderata per anni di vita guadagnati	Misure di valore non monetarie (es. QLY)

Una ulteriore analisi che può essere collegata alla valutazione degli interventi è l'analisi dei costi che si può espletare attraverso: analisi di minimizzazione dei costi, costi/efficienza, costi/benefici, costi/utilità.

Tab. 17: Analisi dei costi

N	ANALISI	SPECIFICHE
1	MINIMIZZAZIONE DEI COSTI	analisi delle diverse alternative con identici effetti ma consumo di risorse e costi diversi
2	COSTI/EFFICACIA	analisi di diverse alternative con effetti uguali dal punto di vista qualitativo ma diversi da un punto di vista quantitativo e di risorse necessarie (costo per unità di effetto o effetto per unità di costo)
3	COSTI/BENEFICI	costo dell'azione in relazione al risparmio ottenuto VS nessuna azione
4	COSTI/UTILITÀ	analisi di più alternative con parametri di confronto costo/QLY

I diversi tipi di outcome

Se si sceglie di valutare l'efficacia dei trattamenti (intesa come grado di salute aggiunta e di patologia evitata), occorre definire meglio alcuni concetti. Come tutti i risultati ottenibili dai trattamenti medici esistono tre livelli di descrizione: l'outcome atteso, l'outcome osservato e quello percepito.

L'outcome atteso (O.A.) rappresenta l'aspettativa del paziente o dell'operatore relativamente all'efficacia desiderata del trattamento. L'O.A. è chiaramente in relazione alle reali possibilità di aggiungere salute o evitare patologie sulla base delle situazioni cliniche del paziente (margine di intervento), dei processi che siamo in grado di mettere in atto e della loro intrinseca efficacia. L'O.A. riguarda sia il paziente (e ne determinerà il grado di soddisfazione dopo il trattamento), sia l'operatore che potrà tarare le sue aspettative attraverso sistemi soggettivi/percettivi o (molto meglio) oggettivi/scientifici.

L'outcome osservato (O.O.) è quello oggettivabile sulla base dei bisogni reali e degli obiettivi di cura predefiniti in relazione alle necessità cliniche preesistenti rilevate dall'operatore. L'O.O. può essere "assoluto" e cioè il risultato raggiunto indipendentemente da dove avrebbe dovuto o potuto arrivare, e "comparato" o "relativo" in relazione a degli standard di riferimento

prescelti. Questi standard potrebbero essere fissati su parametri storicamente calcolati sulla base delle risposte medie osservate (comparazione versus un outcome teorico atteso) o si potrebbe utilizzare la situazione rilevata prima del trattamento come posizione di confronto t_0 versus t_1 (scostamento da t pre).

L'*outcome percepito (O.P.)* viene definito sulla base delle aspettative e degli obiettivi del cliente ma anche dell'operatore. Infatti distinguiamo l'O.P. del cliente e quello dell'operatore. Quest'ultimo in realtà non dovrebbe essere utilizzato come momento di valutazione essendo chiara la forte autoreferenzialità in essa contenuta ed inoltre l'operatore dovrebbe affidarsi soprattutto a valutazioni di tipo oggettivo quali quelle ottenibili con l'O.O..

L' O.P. è ben rappresentato dal grado di soddisfazione del cliente che deriva dal confronto tra quanto percepito in termini di "guadagno soggettivo" dopo il trattamento e quello che era il guadagno atteso prima del trattamento.



Fig. 14: Tipologie di outcome e valutazione

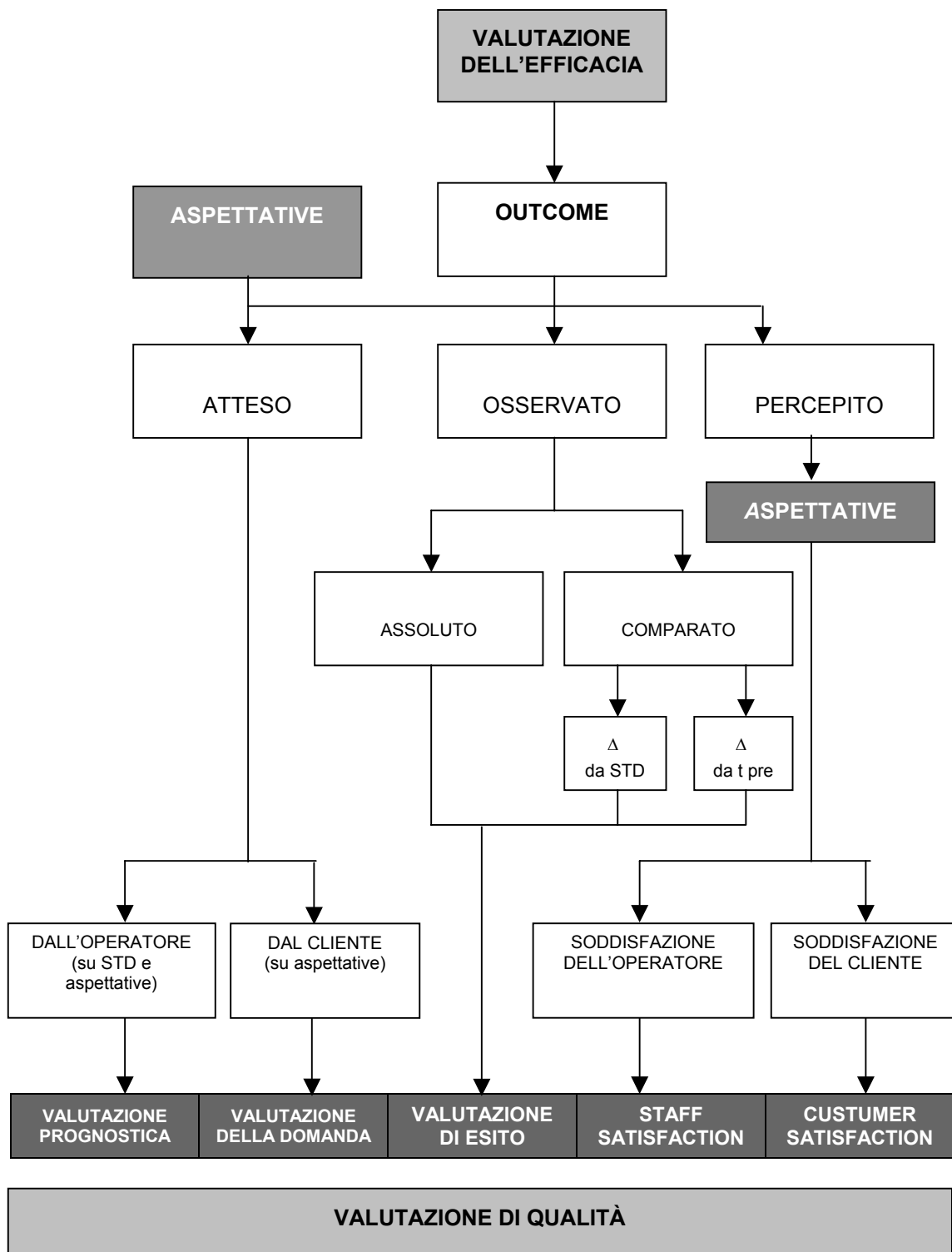


Fig. 15: Relazioni tra input, obiettivi, output, outcome ed aspettative

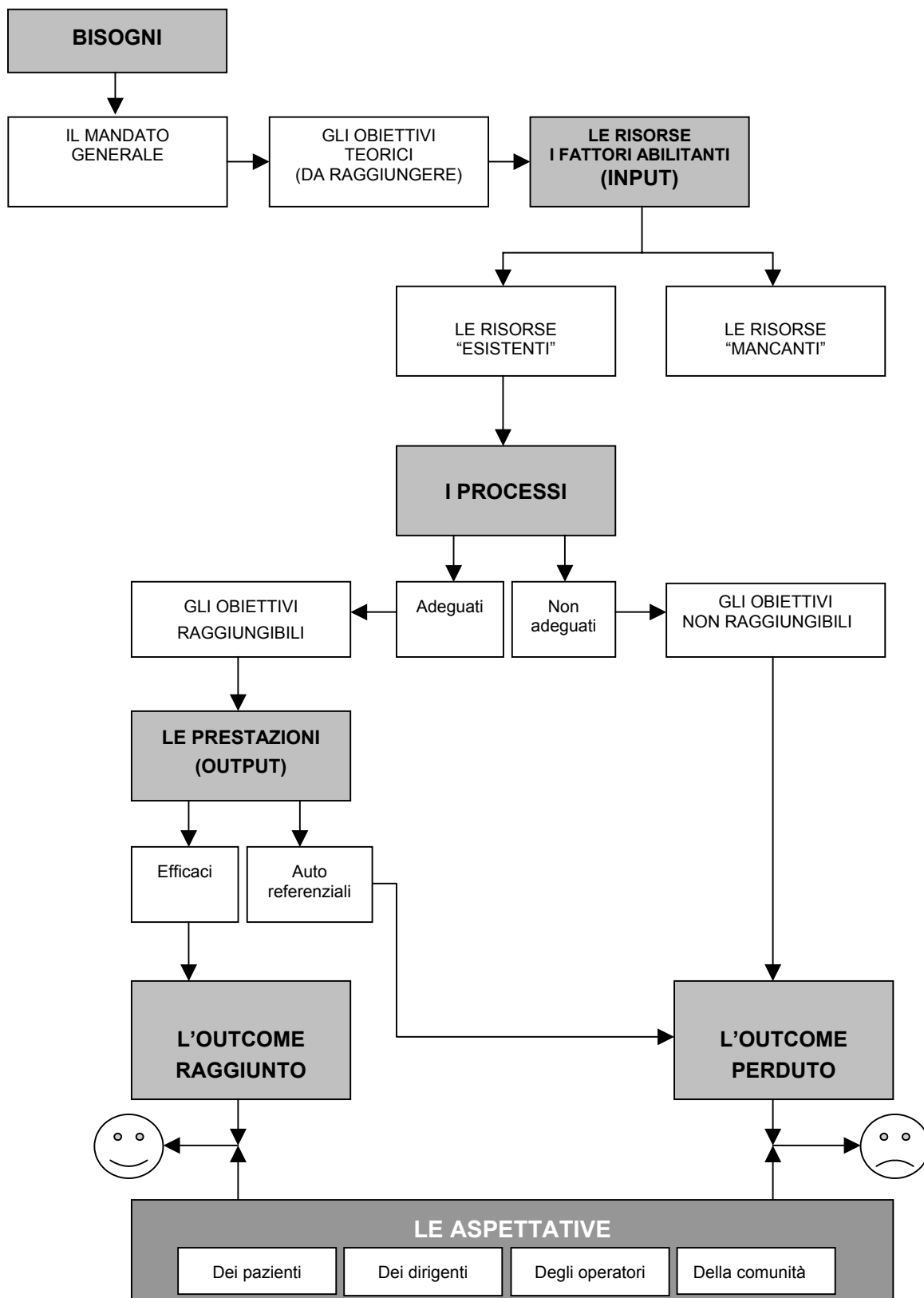
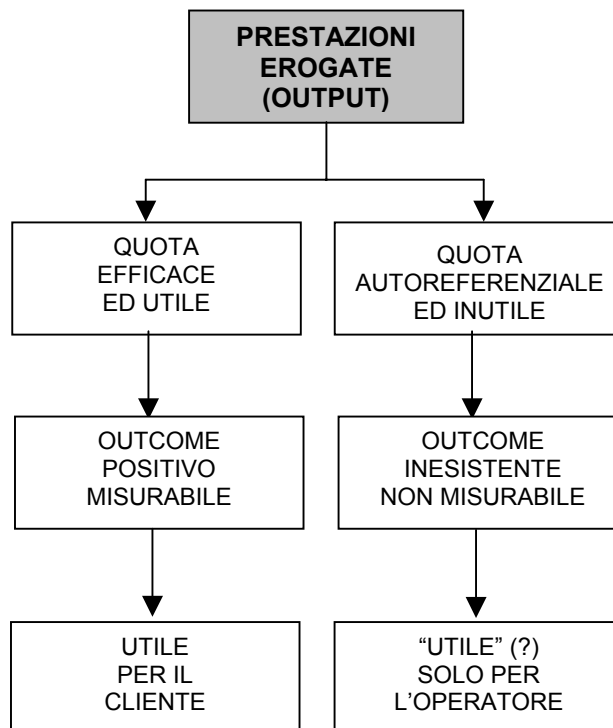




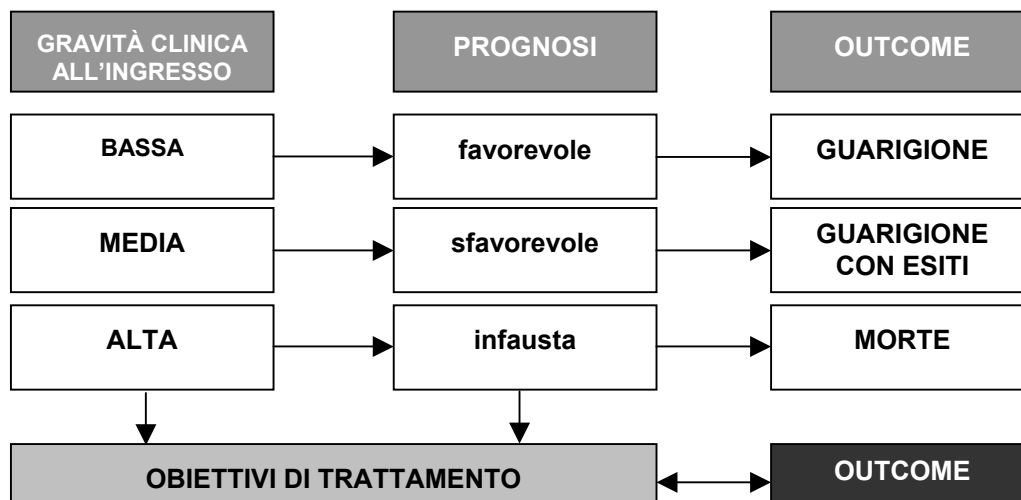
Fig. 16: Quota autoreferenziale delle prestazioni e outcome



Grado di gravità clinica all'ingresso e outcome osservato

Tra outcome osservato e risultati attesi vi è una correlazione che necessariamente passa attraverso la valutazione prognostica del paziente al momento della prima determinazione della sua gravità clinica. A diverse gravità cliniche corrispondono di regola prognosi diverse con outcome diversificati; di questa semplice osservazione bisogna tenere conto nella strutturazione dei sistemi di valutazione.

Fig. 17: Gravità clinica ed esito dei trattamenti



Nota: La valutazione comparata dei risultati tra Unità Operative e il tasso di selezione dei pazienti in entrata

A questo punto risulta chiaro quanto sia importante valutare i risultati degli esiti di trattamenti adottando criteri di stratificazione per gruppi a isogravità della popolazione in entrata ed oggetto degli interventi stessi e della conseguente valutazione. Molti servizi infatti adottano politiche di accoglienza molto diverse differenziando così l'accessibilità al servizio e producendo una selezione dei pazienti in entrata con una diversificazione in grado di influenzare la prognosi.

Risulta evidente che selezionando fortemente i pazienti che accedono al servizio si possono poi registrare degli outcome positivi estremamente elevati, "vantando" quindi dei risultati elevatissimi ma lasciando "per strada" un notevole numero di pazienti rispetto ai residenti costituenti il bacino di utenza.

Non vi è dubbio quindi che nella valutazione degli esiti non si possa prescindere di valutare contestualmente in maniera comparativa il tasso di selezione dei pazienti in entrata e la conseguente prevalenza di classi a più alta gravità clinica ed a basso quadro motivazionale. Se confronto si vorrà fare, esso dovrà essere fatto ponderando il tasso di selezione anche per unità operative non omogenee quali per esempio Ser.T e Comunità che ad oggi non possono essere meramente confrontate sugli esiti raggiunti sui pazienti in uscita senza considerare la selezione operata preventivamente in entrata.

Infine credo sia chiaro che un indicatore di buona efficienza del Ser.T sia da considerare il basso tasso di selezione in entrata con canalizzazione dei pazienti a diversi livelli di intervento personalizzato in base ai bisogni secondo le modalità esposte nel Modello MIPS0.

CONCLUSIONI

Il TQM può trovare quindi una buona applicazione anche nel sistema delle Dipendenze. Non vi è dubbio che una delle principali difficoltà da parte degli operatori sarà quella di comprendere che questo modo di approcciare l'organizzazione del proprio lavoro, porterà dei sicuri vantaggi consistenti soprattutto in una maggior trasparenza e leggibilità dei processi clinici ed operativi utilizzati.

La forte attenzione che si deve soprattutto ai processi è anche collegata ad un altro elemento prioritario che è il "team working", cioè le persone e le relazioni professionali ed umane che intercorrono tra loro, le quali sono chiamate a realizzare l'offerta dell'unità operativa nei confronti del cliente.

Centrare quindi l'attenzione sui comportamenti organizzativi e professionali del team, all'interno di una condivisione spinta delle letture organizzative e delle modalità operative secondo i principi del TQM, sarà la chiave per assicurare il buon successo dell'organizzazione nel suo complesso, che riteniamo di dover valutare non solo sul grado di efficienza produttiva e allocativa espressa, ma soprattutto sul grado di efficacia e reale utilità del cliente.

BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R., Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, progettare per la sanità, Gennaio 1997
AAVV Dichiarazione etica contro le droghe" A cura di G. Serpelloni -Edizioni La Grafica, Gennaio 1999
AAVV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
AAVVEroina, infezione da HIV e patologie correlate. A cura di G. Serpelloni, G.Rezza, M.Gomma - Leonard Edizioni, Aprile 1995
Agliati M., Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi, EGEA, 1996
Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
Berbardi G., Biazzo S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
Beretta. S, Dossi A., Meloni G., Miroglio F., Il benchmarking dei processi amministrativi, EGEA, 1999
Biffi A., Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management, Economia & Management, 1997
Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000
Borgogni L., Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni, Franco Angeli, 1999



- Borgonovi E., L'economia aziendale negli istituti pubblici territoriali, Giuffrè, 1973
- Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Caccia C., Longo F., L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico, Mecosan, 1995
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999
- Cartoccio A., Fabbro M., Complessità organizzativa e sviluppo manageriale, Sviluppo e Organizzazione, n°131 1992
- Ciatto S., Screening in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1996
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1194
- Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G., Torrance G., Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 2000
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users, emcdda, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Froman B., Il manuale della qualità, Franco Angeli, 1998
- Galbraith J., Organization desing, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Grilli R., Penna A. e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling&Kupfer, 1993
- Hronec S.M., Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda, Franco Angeli, 1995
- Le politiche regionali per una società libera dalle droghe. A cura dell'Assessorato alle Politiche Sociali - Ediz. La Grafica, Novembre 2000
- Mintzberg H., Le strutture organizzative, Il Mulino, 1985
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- ONU, World Drug report 2000, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000
- Ould M., Process modelling with RADS, IOPENER, vol.2, 1993
- Rachele U., Perrone V., Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo, Economia & Management
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, 1996
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995



PRINCIPI SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA PUBBLICA

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Elisabetta Simeoni ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Le strutture sanitarie pubbliche (aziende ULS, Aziende ospedaliere, dipartimenti o unità organizzative, ecc.) sono insiemi molto complessi da governare soprattutto per i compiti particolarmente impegnativi che ne derivano dal fatto di non avere come ultimo fine il profitto ma la salute delle persone. Come tutte le strutture produttive complesse esse devono poter contare su una organizzazione efficiente e nel contempo in grado di assicurare una buona efficacia rispondendo alla necessità di prestazioni ed utilizzando razionalmente le risorse assegnate.

Nelle organizzazioni che si occupano di sanità pubblica sono molte le complessità aggiunte essendo tali organizzazioni di solito di grandi dimensioni, molto eterogenee, con norme e regolamenti amministrativi fortemente vincolanti, con inerzie quasi centenarie che rallentano qualsiasi processo di cambiamento oltre al fatto che la mission principale di una azienda di questo tipo (produrre risultati tangibili di salute) spesso viene messa in secondo piano per concentrarsi (come risultato autoreferenziale) sulla conformità alle regole e alle procedure, indipendentemente dal risultato sul cliente, o sull'efficienza interna dei processi dimenticando, l'efficienza allocativa esterna e cioè se quanto fatto è realmente in grado di soddisfare un bisogno.

L'organizzazione però non può essere vista avulsa dall'ambiente in cui opera e per poter funzionare bene necessita soprattutto di una buona definizione della sua struttura e delle sue regole che devono essere conosciute da tutti gli operatori oltre che condivise e rispettate. Tutto questo senza cadere nel tecnicismo e nell'efficientismo fine a se stesso, ricordando soprattutto che le organizzazioni sanitarie sono fatte da persone e non solo da procedure, gerarchie e costi.

Con il termine organizzazione si definisce in generale il complesso delle modalità secondo le quali viene in una azienda/unità operativa sanitaria effettuata la divisione del lavoro tra i vari

operatori o servizi, attribuendo compiti distinti con identificazione precisa delle responsabilità. Si realizza quindi un coordinamento fra tali compagini che operano condividendo regole e processi con una finalità produttiva.

Gli indirizzi su cui fondare la definizione e la realizzazione di una organizzazione sanitaria possono essere molti. In questo articolo tratteremo alcune linee portanti delle moderne impostazioni in un approccio di tipo sistemico contingente ben consapevoli che ne esistono altri che il lettore potrà in seguito approfondire.

LA DEFINIZIONE DI AZIENDA SANITARIA

L'Azienda sociosanitaria (ASL) può essere definita in molti modi a seconda dei punti di vista e delle scuole di pensiero. Noi utilizzeremo delle definizioni semplici finalizzate a far comprendere che cosa si intenda per ASL soprattutto da un punto di vista organizzativo.

Con il termine ASL si intende un insieme ordinato di risorse (umane, finanziarie, tecnologiche) organizzato per raggiungere obiettivi di salute. Questo insieme è definito da tre fondamentali caratteristiche che lo rendono per l'appunto "azienda":

1. La durabilità nel tempo;
2. L'unitarietà delle sue componenti che si riconoscono in finalità comuni;
3. L'autonomia cioè la capacità di sopravvivenza nel lungo periodo senza ricorso patologico a terze autonomie.

L'ASL è un'organizzazione inserita in un ambiente di riferimento laddove acquisisce risorse (input) e sul quale opera restituendo prestazioni (output). L'ASL viene anche definita un "sistema socio tecnico" fatto di relazioni umane, efficienza e produttività, che ha un comportamento concreto, trasforma beni aggiungendo valore, crea utilità e se crea reddito, si definisce impresa.

Una definizione estremamente pertinente ma forse è un po' criptica per i non addetti ai lavori è quella che definisce l'ASL, "l'ordine economico di un istituto".

L'ASL infatti è l'organizzazione di un "istituto" che viene visto come un insieme di "persone e di mezzi accomunati e finalizzati alla realizzazione di precisi scopi/fini. Questi scopi devono essere comuni, leciti e duraturi nel tempo. Una caratteristica non rinunciabile per poter definire una organizzazione "azienda" è che vi sia una promozione, una trasformazione ad un consumo di beni e servizi da parte di un cliente esterno.

Sotto questo punto di vista l'ASL viene vista quindi come uno strumento per realizzare un fine molto preciso ed è quindi un sistema finalistico, aperto, a componenti miste sia di tipo tecnologico che umano/comportamentale. Si definisce sistema "aperto" perché realizza scambi di risorse, persone, informazioni e accetta con l'ambiente esterno risorse finalizzate alla sua sopravvivenza.

La Azienda può essere vista anche come sistema di operazioni/processi fatto di parti tra loro interdipendenti.

L'azienda quindi può essere vista come "organizzazione" nel momento in cui ci sono "componenti relazionanti" poste in condizione di interdipendenza, con una finalità comune che è quella di raggiungere un "risultato" e quando queste interdipendenze ed attività sono durature nel tempo.

L'Azienda utilizza dei fattori in ingresso (input), che sono le risorse e i vari fattori produttivi necessari, per produrre i risultati (output). La struttura interna di una azienda viene definita da tre fondamentali componenti:

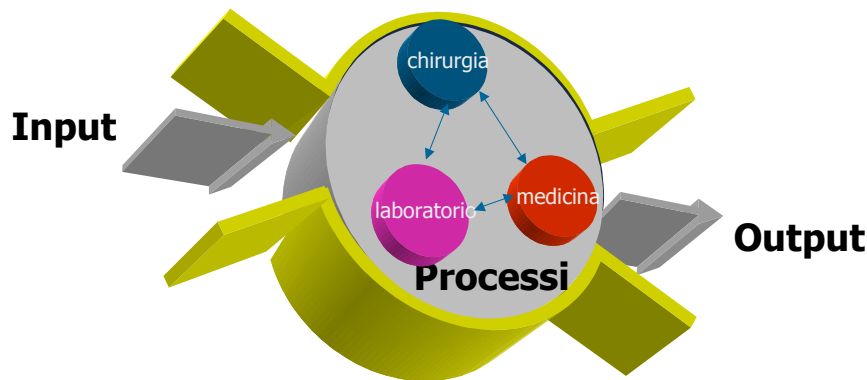
1. *la struttura organizzativa*: cioè i ruoli ufficiali e le relazioni esistenti;
2. *le regole/meccanismi operativi*: cioè i processi e le procedure di decisione, i supporti gestionali e tecnologici utilizzati per il governo della azienda, ecc.;



3. *i comportamenti e la distribuzione del potere organizzativo* all'interno dell'azienda e nelle varie U.O..

Questi aspetti verranno sviluppati in seguito, analizzando le varie componenti e il loro ruolo all'interno del sistema generale.

Fig. 1: Rappresentazione schematica dell'azienda



LA GERARCHIA DEGLI OBIETTIVI

Le aziende socio sanitarie fanno parte di un sistema molto ampio e cioè quello regionale. All'interno delle ASL si articolano vari dipartimenti nei quali ci sono le unità operative composte molto spesso da gruppi di lavoro. All'interno di questi gruppi operano i singoli individui/operatori. Risulta evidente che per poter funzionare una organizzazione così complessa ha bisogno di un forte "allineamento degli obiettivi" e di un agire comune verso un fine riconosciuto come valido da tutte le componenti.

L'allineamento degli obiettivi presuppone però che vi sia anche una "gerarchia" riconosciuta degli obiettivi stessi. In altre parole è necessario che i singoli individui tengano conto "a cascata" delle indicazioni che gli organismi deputati alla programmazione strategica generale, danno alle direzioni delle aziende sanitarie e queste alle loro unità organizzative interne. Questo meccanismo è tutt'altro che scontato e deve essere ben presente all'interno dei singoli operatori e dei vari responsabili dirigenti le unità organizzative.

Molto spesso, specialmente nel campo delle tossicodipendenze, si è assistito infatti ad una forte "autonomia d'azione" dei singoli individui che perseguivano più che altro, obiettivi del tutto personali e molto poco integrati con la linea strategica generale dell'azienda, del Dipartimento e anche a volte dello stesso Sert.

La tabella successiva presenta in maniera molto schematica la gerarchia degli obiettivi di cui bisogna che ogni individuo partecipante all'organizzazione aziendale tenga conto nella ridefinizione e nell'allineamento dei "propri" obiettivi.

Tab. 1: Gerarchia degli obiettivi

N	OBIETTIVO	N	OBIETTIVO
1	STRATEGIE E PROGRAMMAZIONE REGIONALE	5	OBIETTIVI DEI DIPARTIMENTI
2	FINALITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE	6	OBIETTIVI DELLE UNITÀ OPERATIVE
3	MISSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE	7	OBIETTIVI DEL GRUPPO
4	OBIETTIVI DELL'ORGANIZZAZIONE	8	OBIETTIVI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE

LA FINALITÀ

In estrema sintesi potremmo definire che la finalità generale di una ASL è quella di proteggere e promuovere la salute dei cittadini, con la maggior qualità tecnica possibile, ottenendo una buona soddisfazione del cliente, al minor costo.

Le tre principali finalità di una ASL sono:

1. produrre "utilità" attraverso trasformazioni fisico tecniche delle risorse;
2. produrre un risultato "economico", cioè aggiungere favore alle risorse impiegate;
3. produrre "prodotti" per soddisfare la domanda.

I fattori influenzanti le finalità della azienda possono essere diversi ed in particolare il suo assetto formale, i vincoli normativi e soprattutto i "stakeholders" e cioè i portatori di interessi tra cui i clienti, gli amministratori, i politici, i sindacati, i gruppi di pressione eccetera. Tali aspetti due aspetti sono in grado di condizionare e determinare le finalità istituzionali la cui interpretazione da origine alla cosiddetta "mission" e cioè "la scelta, il contenuto, l'identità" in grado di condizionare le strategie e le tattiche aziendali.

Gli stakeholders possono essere di diverso tipo ed avere diverso peso nel condizionare il comportamento dell'organizzazione attraverso una influenza sul "General Management". Essi rappresentano una delle variabili ambientali più importanti di cui la moderna organizzazione deve tener conto nello strutturare ed articolare la propria offerta.

Devono essere considerati stakeholders tutti i soggetti sociali ed istituzionali che sono portatori di interessi di natura diversa ed agiscono con ruoli, diversi nei confronti dell'organizzazione (Azienda) influenzando gli orientamenti stessi dell'azienda.



Fig. 2: Principali tipologie di stakeholders

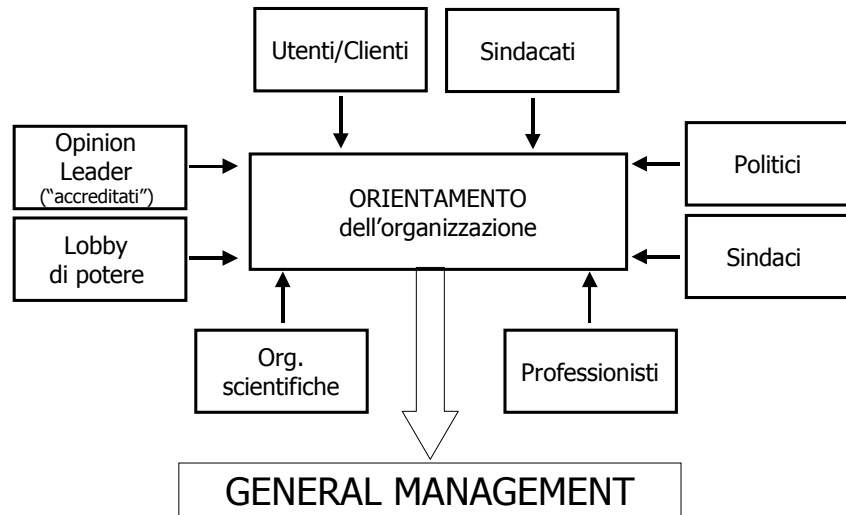
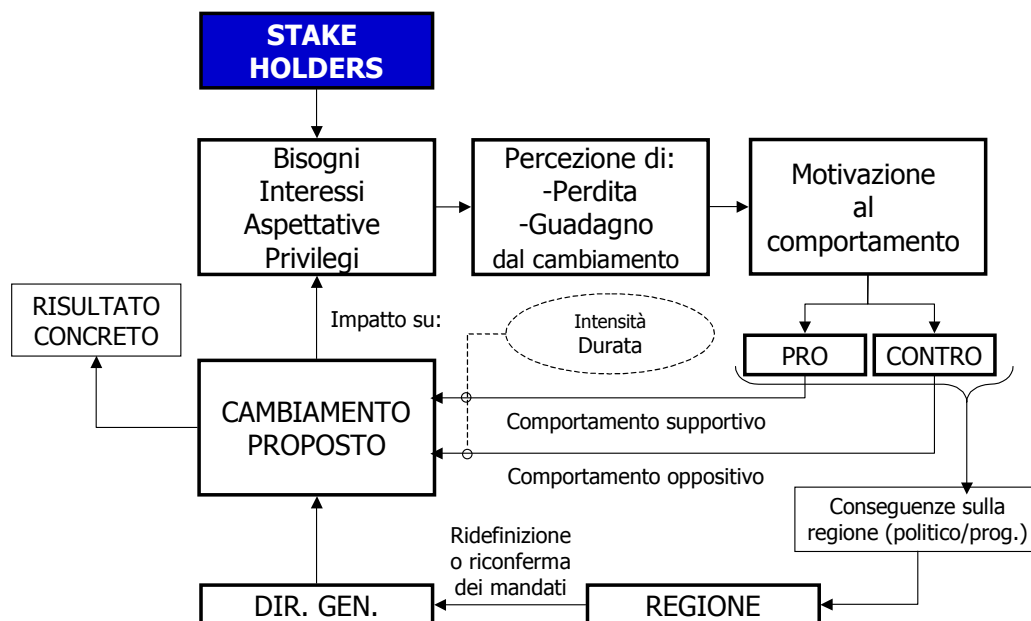


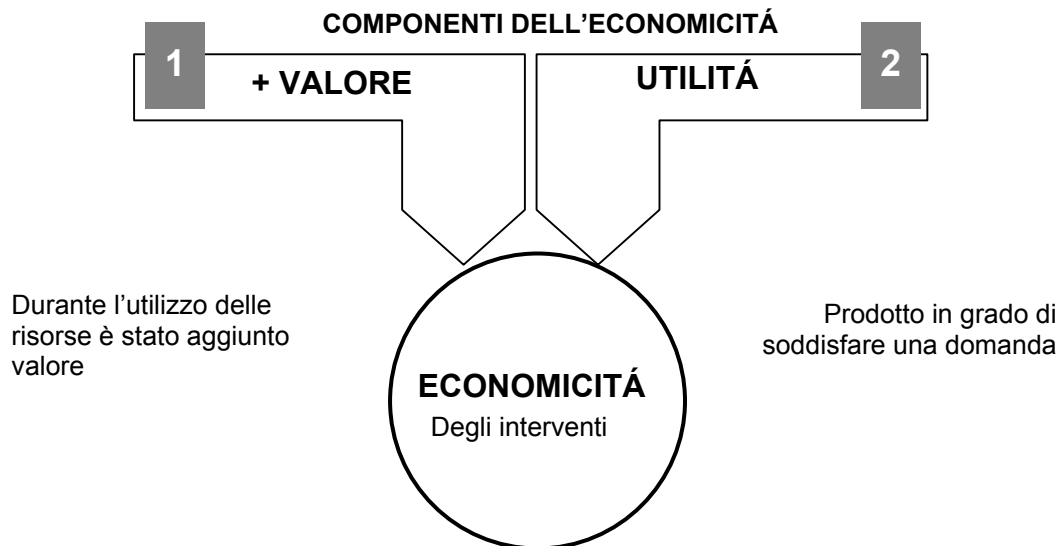
Fig.3: Stakeholders e meccanismi di governo



IL CONCETTO DI ECONOMICITÀ

Al concetto di Azienda sociosanitaria è sempre collegato anche il concetto di “economicità” (M. Bergamaschi, 2000). Con tale termine correttamente si intende il grado di una organizzazione di soddisfare i propri fini. Poco quindi a che fare con un concetto eminentemente di tipo finanziario che di solito viene in via esclusiva correlato a tale termine. Il termine economicità può essere inteso anche come il grado di capacità di una Azienda di produrre salute al minor costo con la maggior soddisfazione del cliente. Risulta chiaro che il concetto di economicità degli interventi si fonda sulla presenza di due criteri contemporanei: il “valore aggiunto” e “l'utilità”. Con il primo termine si deve intendere che durante l'utilizzo delle risorse per la produzione dell'intervento è stato aggiunto “valore”. Con il secondo termine si deve intendere che un prodotto di una azienda è “utile” quando è in grado di soddisfare una domanda.

Fig. 4: Il concetto di economicità



LA VISIONE SISTEMICA

L'evoluzione delle teorie sulla struttura organizzativa, dal settore militare a quello industriale fino al terziario hanno coinvolto, in questo continuo processo anche strutture pubbliche di servizio. Da qui in poi focalizzeremo la nostra attenzione sulla struttura organizzativa aziendale pubblica, secondo una *visione sistemica* (G. Rebora 1998).

L'evoluzione delle teorie organizzative ha portato al superamento di regole univoche di corretta organizzazione, dimostrandosi fuorviante stabilire schemi e regole fisse nella teorizzazione e progettazione di una struttura organizzativa aziendale. In altre parole non è pensabile che una volta individuato una organizzazione efficiente in una azienda si possa, con rigore scientifico, portare la stessa organizzazione in un'altra azienda pensando di ottenere gli stessi risultati. E' chiaro infatti che le variabilità del contesto interno ed esterno sono in grado di condizionare fortemente l'organizzazione e la necessità di adottare alcune particolari forme di lavoro e coordinamento (magari dimostratesi inefficienti in altri contesti) e non altre (dimostratesi invece molto efficienti in altri tipi di contesti ma che non funzionano nel nostro).



Seconda la visione sistemica, un criterio di base che determina il buon funzionamento dell'organizzazione è la presenza di una forte coerenza interna tra i vari sistemi in essa presenti ed una coerenza esterna con l'ambiente in cui opera, di cui è assoggettata alle regole, provvedendo inoltre (come funzione primaria) alla soddisfazioni dei bisogni.

La lettura quindi della struttura organizzativa aziendale deve sempre tener presente la coerenza delle variabili e degli elementi organizzativi, prima di tutto tra loro, e successivamente con la situazione ambientale interna all'organizzazione ed esterna all'ambiente.

Per la descrizione più dettagliata dell'azienda sanitaria si rimanda anche all'articolo sul budget operativo.

Stando al criterio di coerenza non possiamo prescindere quindi dal considerare che le scelte in termini organizzativi dipendono fortemente dalla situazione interna esistente in azienda, (o unità operativa nel nostro caso), dall'ambiente esterno in cui si trova ad operare la stessa struttura e nell'ambito del quale si svolgono tutti i processi.

La visione dell'azienda socio-sanitaria pubblica, non è univoca e molte sono le interpretazioni e gli orientamenti (T. Burns, G. M. Stalker 1961). Operando una riduzione drastica delle varie visioni, con una operazione senz'altro riduzionista, possiamo ricondurre le visioni a due macrotipologie prevalenti: una "meccanicistica" e una "sistemica contingente".

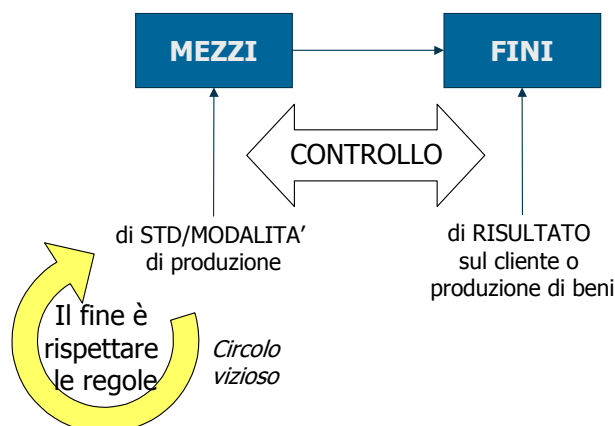
VISIONI MECCANICISTICHE

Queste visioni traggono origine dalle teorie di Taylor (organizzazione scientifica del lavoro) e di Weber (organizzazione burocratica) che tra il 1900 e il 1940 influenzarono enormemente le aziende pubbliche e private nello strutturare le loro organizzazioni interne.

In questa visione viene posta maggior attenzione alle strutture e alla "procedure" e non su chi fa le cose e ai loro comportamenti. Secondo queste impostazioni si ritiene che i risultati siano sempre e solo in funzione delle risorse con una attenzione centrata quindi sull'efficienza. In altre parole l'azienda è "funzione" dell'azienda, vista quindi come organizzazione autoreferenziale e dove la ricerca della coerenza avviene attraverso le regole interne fissate in modo specifico e dettagliato al fine di raggiungere l'efficienza. Uno degli effetti collaterali dell'approccio burocratico è la comparsa nel tempo di "circoli viziosi" con trasposizione dei "mezzi" (cioè le regole burocratiche) per raggiungere i risultati ed assicurare conformità ed omologazione di trattamento al cliente che diventano "fini". In altre parole il rispetto della regola è fine a se stesso e non all'ottenimento del risultato, creando quindi una "deriva burocratica" che cristallizza l'organizzazione che non si adatta con le sue regole al variare del contesto esterno.

In questa visione per intervenire sugli output si agisce prevalentemente sulle risorse.

Fig. 5: La trasposizione dei mezzi in fini nel modello burocratico



VISIONE SISTEMICA CONTINGENTE (ORGANICA)

Diversa invece è la visione sistemica contingente, elaborata da vari autori tra il 1950 e il 1960. L'attenzione viene centrata sugli "uomini" e sul contesto esterno, una particolare attenzione viene dedicata anche ai processi produttivi. I risultati vengono quindi messi in relazione (e sono funzione) del comportamento professionale del team. In questa visione l'attenzione è centrata soprattutto sull'efficacia e sull'utilità del prodotto e, cosa importantissima, l'azienda e in funzione dell'ambiente. Dall'ambiente infatti l'azienda riceve le risorse (input) e all'ambiente dovrebbe restituire gli output a soddisfacimento di bisogni reali. Dall'ambiente inoltre riceve sollecitazioni e pressioni che determinano l'orientamento strategico e le conseguenti scelte organizzative.

Questo concetto fa sì che l'organizzazione sia eteroreferenziale e non più autoreferenziale (centrata cioè sulla sua efficienza) ma fortemente orientata, oltre alla ricerca dell'efficienza interna come mezzo e non come fine, anche alla ricerca della coerenza con l'ambiente esterno. Questa coerenza con l'ambiente esterno si concretizza quindi in una ricerca dell'utilità che qualche autore definisce anche "efficienza allocativa" e cioè la capacità di rispondere ai bisogni dei propri clienti. In questa visione per intervenire sull'output si ritiene opportuno agire sul comportamento delle persone più che sulle risorse.

Questa visione, sicuramente più condivisibile, basa quindi il suo orientamento su tre caposaldi:

1. *approccio processuale*: centrato quindi sull'analisi e l'ottimizzazione dei processi;
2. *visione sistemica*: dove si considera l'azienda sanitaria come un sistema socio-tecnico aperto, con superamento delle regole univoche, e forte ricerca della coerenza interna ed esterna;
3. *approccio contingente*: con un adeguamento dell'organizzazione al contesto esterno ed alle situazioni ambientali.

Per non incorrere in rigidità concettuali va ricordato comunque che l'approccio organico e quello meccanico non sono contrapposti ma possono essere considerati estremi di un continuo che si adattano rispettivamente a contesti in cambiamento o ad un contesto stabile. In certe situazioni quindi sarà più opportuno un approccio meccanico ed in altre un approccio organico. Tutto questo in relazione al contesto ambientale esterno e alla maturità dell'organizzazione.

Fig. 6.: Adattamento dei modelli in base al contesto

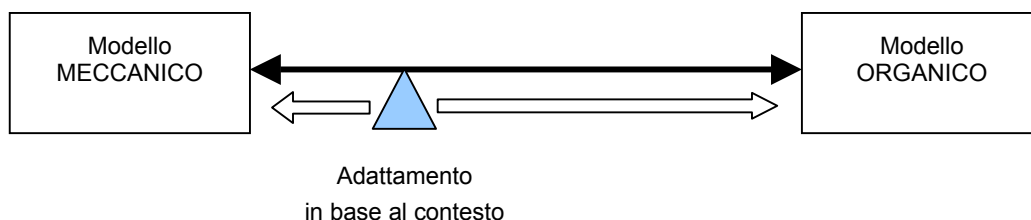
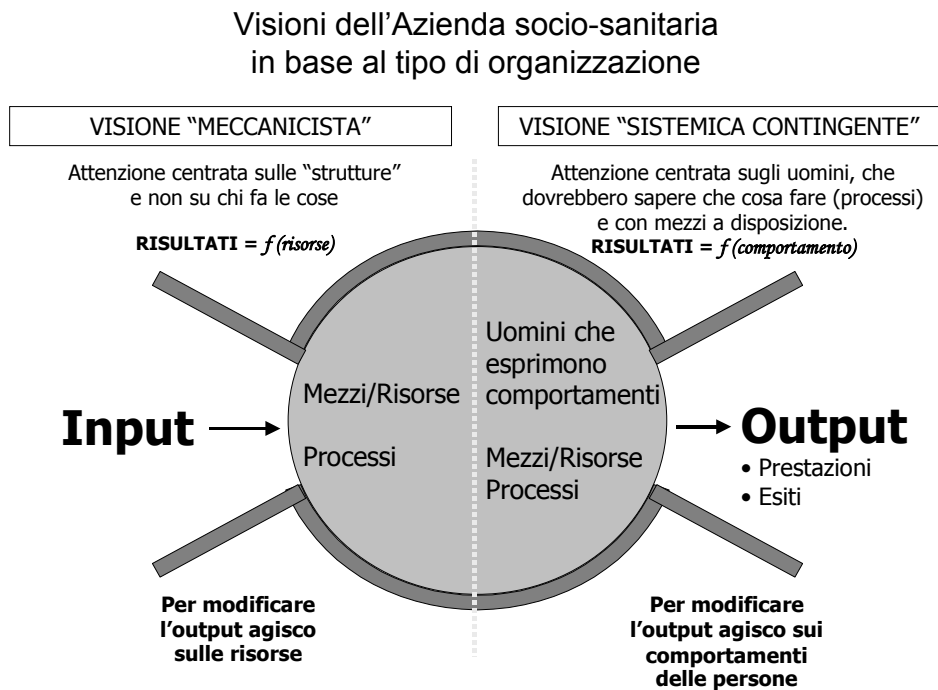




Fig. 7: Le diverse visioni dell'ambiente interno



La tabella successiva riporta le principali differenze tra i due tipi di modelli organizzativi in analisi.

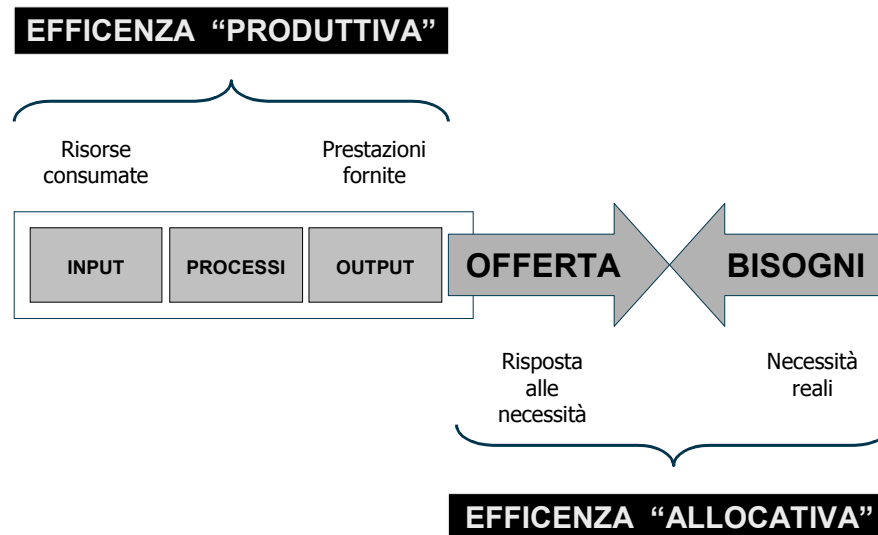
Molte altre teorie sono state formulate in questi anni da vari autori e scuole di pensiero: scuola delle relazioni umane (Mayo – 1940, McGregor – 1960), teoria della dipendenza dalle risorse (Pfeffer e Salancik – 1978), teoria del Management strategico (Chander – 1962, Porter – 1980), teoria della population ecology – (Hanna e Freeman – 1980), teoria istituzionalista (Meyer e Scott – 1985), teoria dei costi di transazione (Williamson – 1979), la teoria dell'agenzia (Eisenhardt – 1989) e altre nuove teorie come degli stakeholders, della learning organization ecc.. Tutto questo è stato trattato ampiamente in una ricca pubblicazione a cui si rimanda, per eventuali approfondimenti, di G. Costa R. Nacamulli "Manuale di Organizzazione aziendale", UTET 1996.

Tab. 2: Principali differenze tra il modello meccanico ed organico

CARATTERISTICHE	MODELLO MECCANICO	MODELLO ORGANICO
Caratteristica principale della teoria	"Universalità" del modello, rigidità dei modelli	Contingente, flessibilità
Azienda come:	Sistema chiuso	Sistema aperto
Tipo di organizzazione	Statica	Dinamica
Orientamento e ricerca della coerenza	Autoreferenziale, orientamento al rispetto delle regole interne – coerenza interna	Eteroreferenziale, orientamento al risultato – coerenza esterna
Risposta ai contesti	Risponde bene ai contesti stabili	Risponde bene ai contesti instabili
Flessibilità	Bassa	Alta
Visione dei compiti	Astratta	Più reale → dinamica
Problemi ed obiettivi dell'azienda	Maggior specializzazione di tipo funzionale	Specializzazione polifunzionale
"Tensione" degli specialisti	Perseguire il miglioramento dei mezzi e dei metodi	Tensione al miglioramento sugli obiettivi (compartecipazione)
Definizione dei compiti	In maniera certa e chiara, alta formalizzazione	Non particolare definizione dei compiti con necessità di maggior confronto, collaborazione e relazione, scarsa formalizzazione
Gerarchia	Importante	Non rilevante
Dipendenza dal vertice	Forte	Meno forte con decentramento e parcellizzazione delle responsabilità
Norme e regole di obbedienza	Presenti e formali	Informali e di gruppo
Posizione nella struttura	Gerarchia formale	Leadership
Grado di sicurezza percepito dall'operatore	Alto	Basso
Forma di controllo prevalente	Sul rispetto delle regole	Sui risultati



Fig. 8: Efficienza produttiva ed efficienza allocativa.



IL "SISTEMA" AZIENDA: AMBIENTE ESTERNO E RELAZIONI

L'insieme dei processi sviluppati da parte dell'azienda socio-sanitaria vengono a loro volta condizionati da influenze esterne provenienti dall'ambiente circostante. Di questo ambiente si possono dare diverse letture a seconda della metodologia utilizzata e delle finalità dell'indagine. Per una analisi valida delle problematiche, dei bisogni e delle dinamiche del contesto si dovrebbe quindi utilizzare più punti di vista come riportato dalla tabella a seguire.

Il contesto esterno dove è inserita l'organizzazione può essere più o meno stabile e questo è dovuto a delle caratteristiche proprie dell'ambiente che può presentare frequentemente degli eventi eccezionali con una marcata non prevedibilità.

Qualora fossimo in presenza di un ambiente esterno *stabile*, probabilmente la modalità organizzativa più opportuna è quella di tipo *meccanico* mentre nel caso di un contesto *instabile*, con eccezioni e non prevedibilità, il modello organizzativo più opportuno è quello *contingente*, quindi fortemente interattivo e dotato di una organizzazione flessibile che ben si adatti all'ambiente in cui si deve operare.

Si comprende pertanto come ambiente ed organizzazione stabiliscano tra loro un rapporto di interdipendenza continua, dove l'uno è condizionato dall'altro. Potremo quindi individuare una terza variabile che entra in gioco e cioè il *tempo*, di cui è necessario tener conto e pertanto, dal punto di vista organizzativo, potremo parlare di un modello "dinamico" come più opportuno ed adeguato per consentire una maggiore flessibilità.

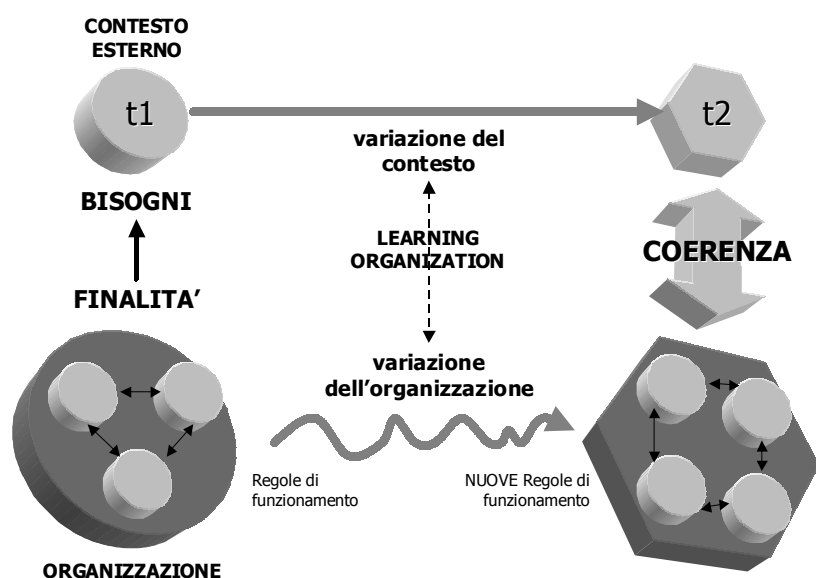
In un modello dinamico l'organizzazione e quindi il contesto interno, si adegua alle variazioni del contesto esterno nel tempo.

Alla variazione del contesto e quindi dei bisogni, dovrà quindi poter seguire una variazione dell'organizzazione che fissa nuove regole di funzionamento riportando, secondo la teoria contingente, "coerenza" tra le caratteristiche interne dell'organizzazione con le caratteristiche del sistema del contesto esterno.

Tab. 3: Le diverse letture dell'ambiente

TIPO DI LETTURA	PRINCIPALI OGGETTI DI ANALISI
SOCIOLOGICA	Caratteristiche generali della popolazione e delle macrodinamiche sociali in termini di fenomeni e processi sociali, le relazioni e le norme (linguaggi, convenzioni, costumi, riti, leggi ecc.), gli aggregati e le strutture (gruppi, famiglie, classi, istituzioni ecc.), i ruoli e i fenomeni che la relazione tra gli individui produce (status, poteri, conflitti ecc.).
EPIDEMIOLOGICA	Quantificazione dei bisogni sanitari in termini di incidenza e prevalenza delle varie patologie e della popolazione a rischio, distribuzione delle malattie in gruppi di popolazione, cause di una malattia e fattori collegati a essa da un rapporto di causa-effetto.
ETNOGRAFICA/LOGICA	Costumi, tradizioni, credenze, comportamenti e regole sociali, le culture materiali dei gruppi e l'arte, le forme di organizzazione sociale dei diversi gruppi umani.
DEMOSCOPICA	Orientamenti e pareri della pubblica opinione, grado di soddisfazione generale.
DEMOGRAFICA	Stato e movimento della popolazione, caratteristiche della popolazione, i mutamenti dovuti alla natalità, alla fertilità, alla mortalità, alle migrazioni Il rapporto tra popolazione e processi sociali, economici, politici.
POLITICA	I sistemi di potere formale, le rappresentanze, le aspettative dei gruppi portatori di interessi, gli equilibri di potere.
ECONOMICA	L'uso delle risorse e le attività produttive, la produzione, la distribuzione, lo scambio e il consumo di beni e servizi, il modo in cui individui, gruppi, imprese e governi cercano di raggiungere in modo efficace l'obiettivo economico che si sono prefissati.
ANTROPOLOGIA CULTURALE	Le culture e le forme di organizzazione sociale dei diversi gruppi sociali, i costumi, le tradizioni e la struttura delle società.

Fig. 9: Il modello Dinamico dell'organizzazione che si adegua alle variazioni del contesto nel tempo



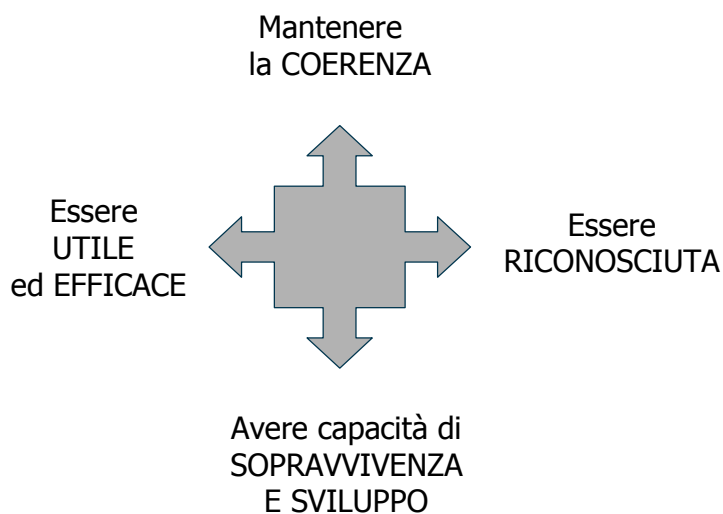


FATTORI DETERMINANTI PER IL SUCCESSO DI UNA AZIENDA SANITARIA

Come tutte le aziende anche l'azienda sanitaria pubblica deve avere come obiettivo il perseguimento del successo. I principali fattori determinanti il successo dell'organizzazione sono:

1. Essere realmente utile ed efficace ed essere percepita come tale dal singolo e dalla comunità in cui è inserita.
2. Mantenere la coerenza con i mandati istituzionali (norme, regolamenti, indirizzi, obiettivi assegnati, ecc.).
3. Avere un riconoscimento positivo interno ed esterno assicurandosi una buona immagine esterna ed interna, un credito "efficace" ed una soddisfazione degli stakeholders.
4. Avere capacità di sopravvivenza e sviluppo tramite un contenimento della spesa (pareggio di bilancio), la capacità di rispondere alle opposizioni, risolvere problemi organizzativi, avere risorse a disposizione per le attività routinarie e per l'innovazione, unitarietà dello staff e continuità.

Fig. 10: Principali fattori determinanti il successo



Le tre dimensioni del successo, in un moderno modello imprenditoriale, sono: il successo economico, sociale e competitivo (inteso come qualità). Le specifiche di queste tre fondamentali dimensioni vengono riportate nella tabella successiva.

Tab. 4: Le dimensioni del successo di un'azienda sanitaria pubblica

N.	DIMENSIONE	SPECIFICHE
1	Economica	Pareggio di bilancio
2	Sociale	Aumento e mantenimento della motivazione del personale

		interno (mantenere il "motore" produttivo umano). Creare e mantenere il credito politico. Creare e mantenere la stima sociale generale e dei clienti.
3	Competitivo	Aumento della cattura della domanda, come indicatore proxy della qualità delle prestazioni offerte, della soddisfazione dei clienti e del credito/riconoscimento raggiunto presso la popolazione. Aumento dell'area di "mercato"

VARIABILI PER LA LETTURA SISTEMICA

Abbiamo avuto già modo di dire come, l'evoluzione delle teorie organizzative abbia portato al superamento di regole univoche di corretta organizzazione, mentre la nuova logica poggia su una visione di coerenza tra le variabili e gli elementi organizzativi e tra gli stessi con la situazione ambientale, tanto esterna quanto interna alla struttura.

Le variabili alle quali dobbiamo riferirci sono diverse e di diversa natura, inerenti tanto l'aspetto l'umano e di comportamento del personale e quanto ad esempio all'aspetto tecnologico. Possiamo quindi comprendere quanto in realtà l'individuazione di un modello organizzativo unico da applicare sistematicamente a qualsiasi struttura, pertanto socio sanitaria non trovi possibilità di applicazione, in virtù dell'intolleranza nel far coincidere elementi molto diversi tra loro.

La tabella successiva riporta in sintesi la classificazione delle principali variabili per la lettura sistemica delle organizzazioni sanitarie (sintesi da G. Rebora 1998).

Tab. 5: Variabili per la lettura sistemica dell'organizzazione

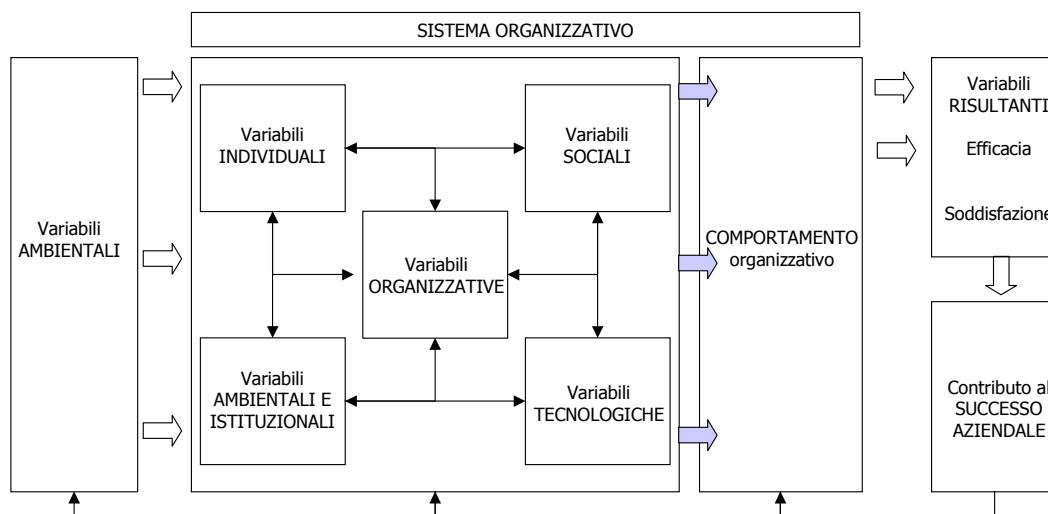
N	TIPO DI VARIABILE	SPECIFICHE
1	Variabili individuali	Caratteristiche professionali individuali degli operatori. Atteggiamenti e motivazioni verso il lavoro. Modalità di percezione dei fenomeni. Modalità di assunzione delle decisioni. Modalità di reazione alle circostanze insoddisfacenti.
2	Variabili sociali	Relazioni tra i membri del sistema organizzativo. Tipologia dei gruppi di lavoro e motivazioni alla loro creazione. Modalità di decisione ed operative dei gruppi. Tipologia ed intensità della pressione del gruppo sui singoli. Grado di collaborazione/confitto inter ed intragruppo.
3	Variabili tecnologiche	Tipi di macchine, impianti ed attrezzature usate. Modalità di svolgimento del lavoro utilizzate. Tipi di tecniche applicate (trasformazioni fisiche, comunicazioni, calcoli). Rigidità e complessità delle tecniche.
4	Variabili ambientali ed istituzionali	Legislazione del lavoro. Assetto e modo di operare dei sindacati. Livelli retributivi correnti sul mercato. Competenze tecniche e professionali disponibili. Componenti aziendali. Assetto giuridico. Strategia di sviluppo dell'azienda.



5	Variabili organizzative: <i>Struttura organizzativa</i> <i>Meccanismi e sistemi operativi, meccanismi di coordinamento</i> <i>Cultura e potere organizzativi</i>	In realtà le scelte tipo di organizzazione da adottare all'interno dell'Azienda Socio-Sanitaria si giocano, in misura notevole, all'interno di quest'ultima categoria di variabili. Per questo si parla di aspetto organizzativo a tre dimensioni. <i>Struttura organizzativa</i>: Articolazione formale delle responsabilità, la gerarchia rappresentata attraverso l'organigramma (rappresentazione delle responsabilità "organizzative") e il piano dei centri di responsabilità (definizione delle responsabilità "economiche"). <i>Meccanismi operativi</i>: regole formali di funzionamento dell'organizzazione. <i>Sistemi operativi</i>: sistemi informativi/comunicazione, sistemi di budget, sistemi di valutazione. <i>Meccanismi di coordinamento</i>: supervisione diretta, adattamento reciproco, standardizzazione dei processi e delle conoscenze, piani e programmi, ruoli di coordinamento (progetto, budget, riunioni, gruppi di lavoro,) come meccanismi formali. <i>Cultura e potere organizzativi</i>: relazioni informali, alcuni rapporti e consuetudini condizionanti l'organizzazione in modo informale ma efficace

La figura successiva riporta in forma grafica la relazione esistente tra le varie variabili, definendo un modello di riferimento semplice e facilmente comprensibile.

Fig. 11: Il sistema e le variabili organizzative (da G. Rebora 1998 modificato da G. Serpelloni)



Di seguito riportiamo alcuni schemi riassuntivi relativamente alla variazione della struttura organizzativa in base all'ambiente con la differenziazione che può essere messa in atto passando, e adattando così l'organizzazione al contesto esterno, da una struttura organizzativa semplice ad una "funzionale" fino alla "divisionale". Successivamente vengono messe in relazione con la variabilità ambientale anche le forme di controllo prevalenti e i processi decisionali. Tutto questo per far meglio comprendere il concetto di "flessibilità" organizzativa e di adattamento al contesto dell'azienda.

Fig. 12: Variazione della struttura organizzativa in base all'ambiente

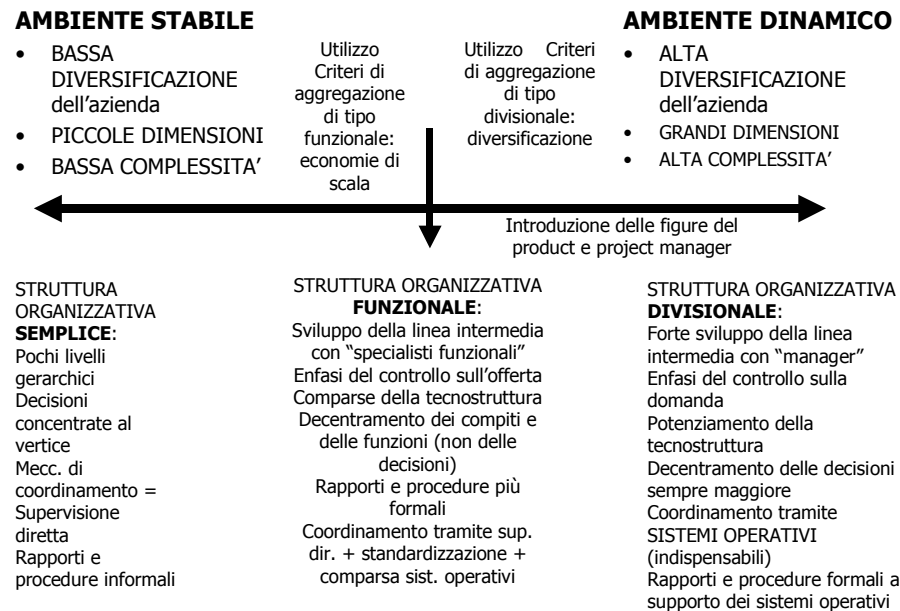


Fig. 13: Variazione delle forme di controllo della struttura organizzativa in base all'ambiente

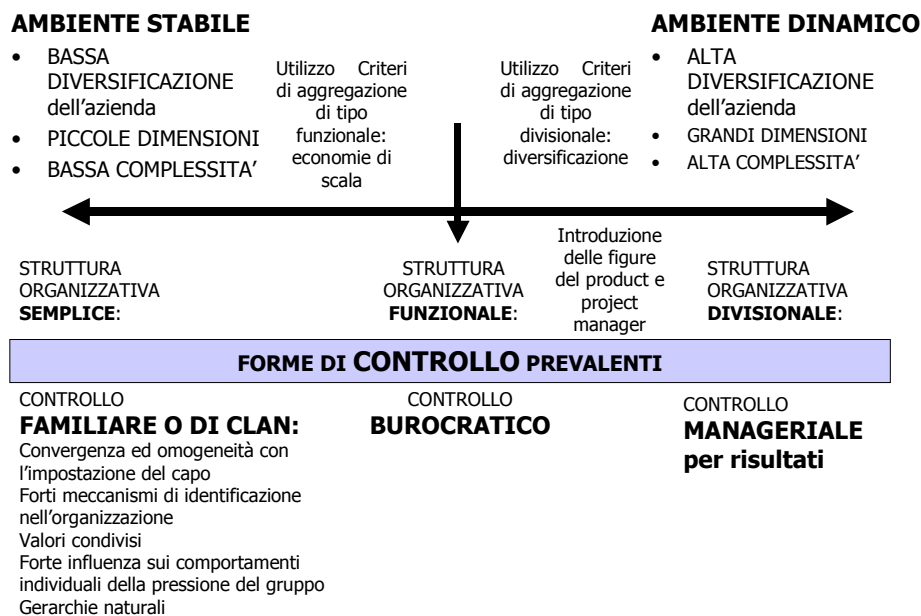




Fig. 14: Variazione delle forme di controllo della struttura organizzativa in base all'ambiente

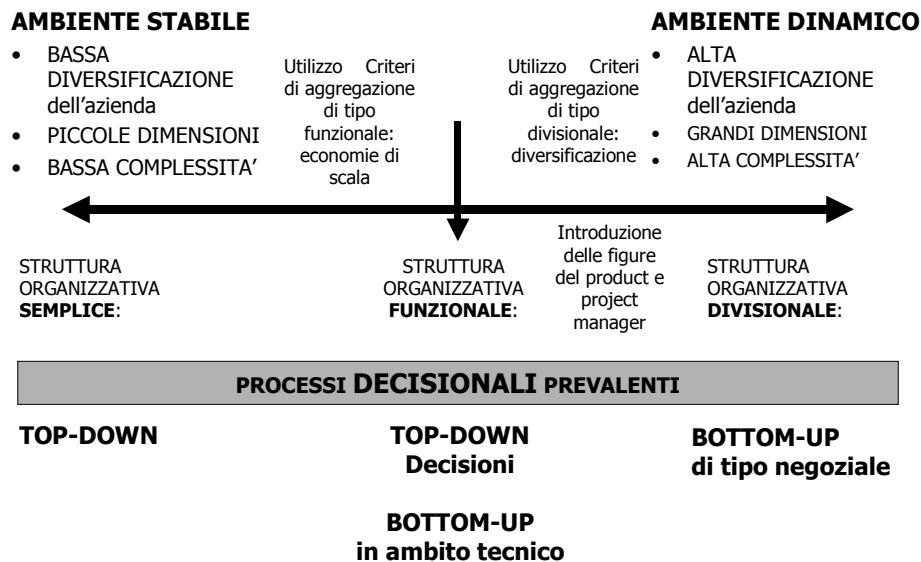
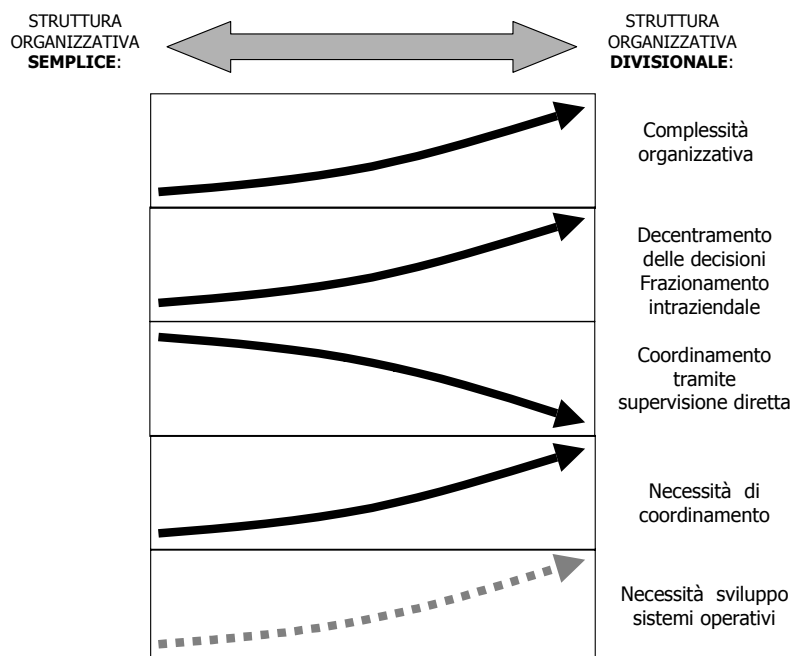


Fig. 15



I CINQUE MECCANISMI DI COORDINAMENTO

I meccanismi di coordinamento, sono processi relativi e finalizzati al mantenimento della coerenza e alla complementarietà dei comportamenti delle diverse unità organizzative. La tabella successiva riporta in sintesi i 5 tipi di meccanismi con le relative specifiche.

Tab. 6: I cinque meccanismi di coordinamento

MECCANISMO DI COORDINAMENTO	SPECIFICHE
Supervisione diretta	Consiste in un supporto diretto all'operatore da parte del dirigente con un controllo e direzione costante di solito al fine di "inizializzare" nuovi entrati o attività particolarmente importanti o complesse. La esercita il responsabile attraverso un rapporto gerarchico intelligente. Il rapporto di sovraordinazione è utilizzato con autorevolezza, supervisione costante e partecipata alle attività dell'operatore.
Adattamento reciproco	Tolleranza reciproca e convivenza armonica, con rispetto e sensibilità, che vengono fissati in routine informali di lavoro.
Standardizzazione di: - processi - output - conoscenze	La standardizzazione può riguardare i principali processi, i prodotti da realizzare ma soprattutto le conoscenze. 1. standardizzazione dei processi conosciuti da tutti gli operatori delle U.O. mediante BPR. Molto importante per gestire correttamente le interdipendenze tra vari processi e tra varie U.O.; 2. standardizzazione dei prodotti "interni", oggetti di scambio tra le varie U.O. La standardizzazione degli output tra U.O è una forma di coordinamento interno all'Azienda che crea una specie di "Mercato Interno" all'Azienda; 3. standardizzazione delle conoscenze e dei modelli culturali di intervento (riferimenti culturali e/o tecnici). Questo aspetto è fondamentale soprattutto per la sanità pubblica ed è senz'altro il meccanismo più efficace nel creare un reale ed efficace coordinamento degli operatori. Esso avviene infatti attraverso un allineamento dei modelli culturali e dei riferimenti scientifici di riferimento;
Piani e programmi	Avviene attraverso la definizione di obiettivi comuni con una programmazione del lavoro e dei comportamenti. Si attua in particolare quando l'attività è difficilmente standardizzabile, quando c'è un ambiente esterno dinamico e poco prevedibile.
Ruoli di coordinamento	Avviene tramite l'Assegnazione di ruoli identificando delle specifiche figure di integrazione e coordinamento (anche con posizione sovra ordinata) Rientra in questa tipologia anche la creazione di Gruppi di lavoro coordinati e di Comitati.



Fig. 16: La standardizzazione come meccanismi di coordinamento

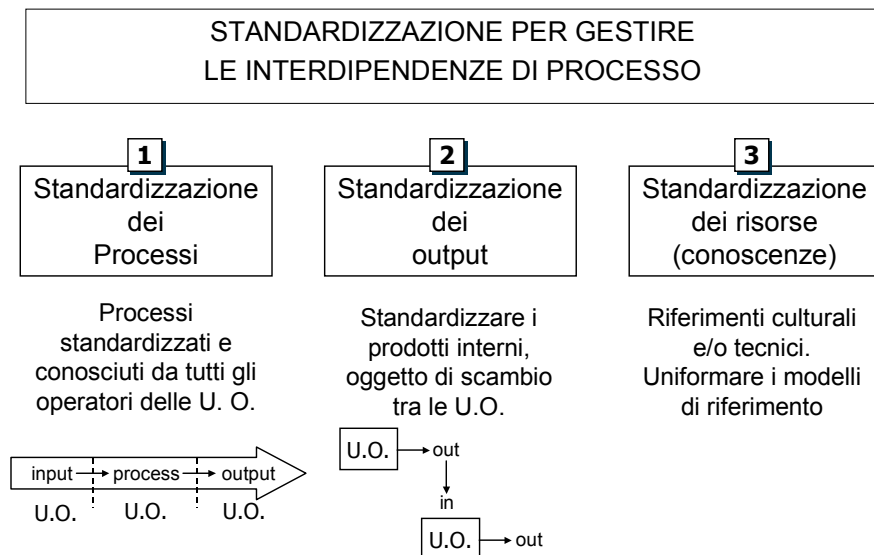


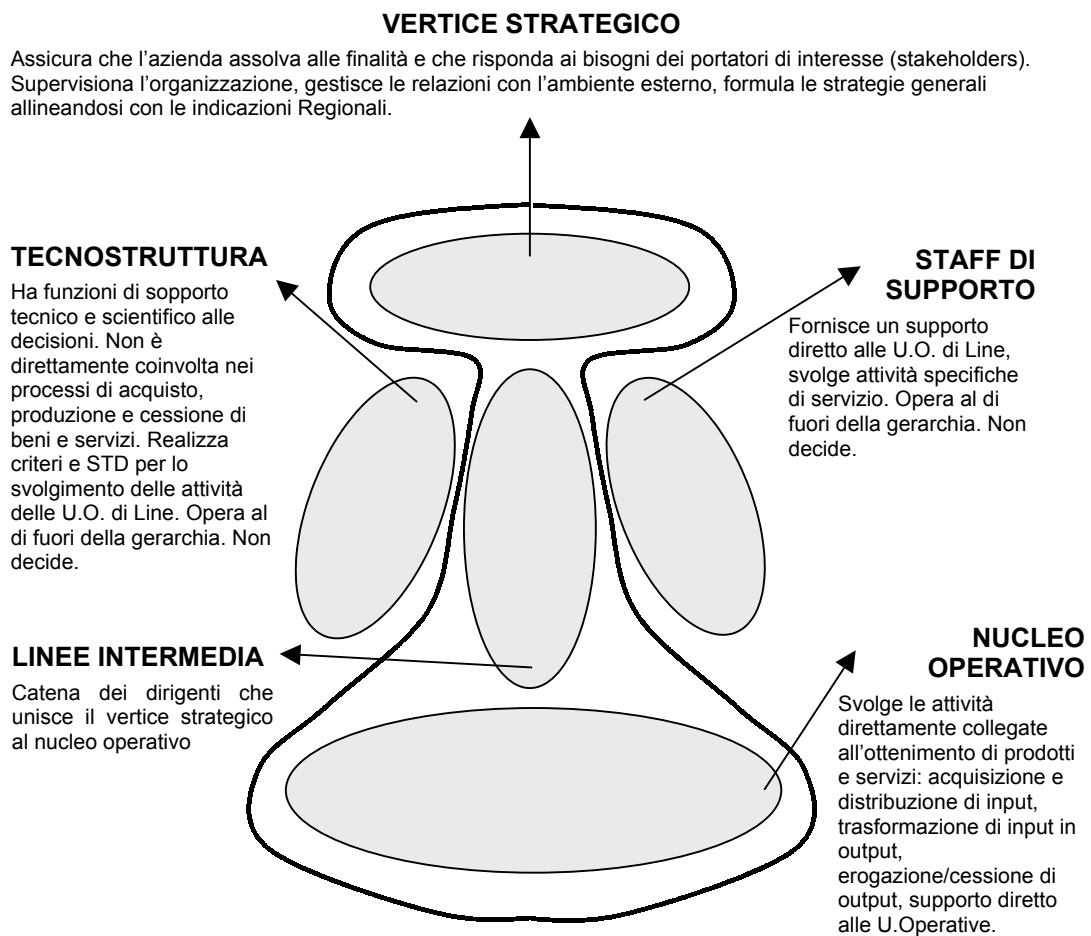
Fig. 17: Principali tipi di interdipendenze tra attività e tra U.O.



LE CINQUE PARTI DELL'ORGANIZZAZIONE

Henry Mintzberg ha teorizzato un interessante modello di struttura organizzativa aziendale che definisce cinque componenti fondamentali dell'azienda: il vertice strategico, la tecnostuttura, lo staff di supporto, la linea intermedia il nucleo operativo. La figura successiva riporta questi concetti in forma schematica.

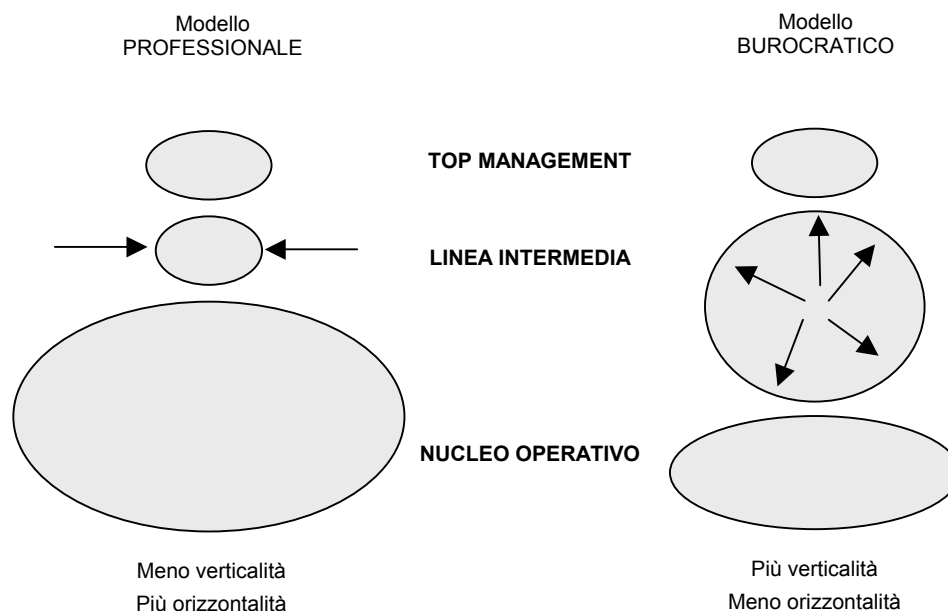
Fig.18: Struttura organizzativa aziendale secondo Henry Mintzberg



La struttura può assumere conformazioni diverse a seconda anche della scelta del modello generale (Burocratico o Professionale) che la direzione fa, con espansione o contrazione delle strutture intermedie e produttive. Per l'approfondimento di questi aspetti si rimanda all'articolo specifico.



Fig.19: Diverse conformazioni in base al modello organizzativo



CONCLUSIONI

Come si sarà compreso, le teorie e i modelli culturali di riferimento, relativamente all'organizzazione aziendale, hanno una loro complessità. Tale complessità aumenta in ragione del fatto che ci troviamo di fronte ad aziende che non hanno come fine il profitto e il produrre beni semplici che il cliente (più o meno convinto) compra, ma esse hanno un fine molto più complesso che è la salute dei cittadini. Per fare questo l'organizzazione di base che una azienda deve possedere per poter funzionare, non è particolarmente diversa da quella di una normale azienda di servizi, salvo il fatto che la posta in gioco è molto più importante e delicata. I dirigenti di una azienda sanitaria pubblica dovrebbero sentirsi estremamente fieri di appartenere ad una organizzazione con finalità così importanti e nobili. Nel contempo però dovrebbero comprendere che proprio per questo ruolo l'ASL deve essere in grado di strutturare una propria organizzazione al passo con i tempi, efficiente, razionalizzata nella produzione e nella spesa ma soprattutto in grado di produrre risultati efficaci ed utili per i propri clienti, in altre parole economicamente vantaggiosi.

BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R., Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, progettare per la sanità, Gennaio 1997
- AA.VV Atti del convegno "Il Dipartimento ospedaliero", Università L.Bocconi, novembre 1996
- AA.VV "Dichiarazione etica contro le droghe" A cura di G. Serpelloni -Edizioni La Grafica, Gennaio 1999
- AA.VV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
- AA.VV Eroina, infezione da HIV e patologie correlate. A cura di G. Serpelloni, G.Rezza, M.Gomma - Leonard Edizioni,

Aprile 1995

- Agliati M., Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi, EGEA, 1996
- Amarilli F., Mainetti S., Onagro E., L'utilizzo delle tecnologie intranet per lo sviluppo degli enti locali: il caso della Comunità Montana della Valle Camonica Sistemi di Impresa, 1999
- Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Veneto, Le politiche regionali per una società libera dalle droghe, Ediz. La Grafica, Novembre 2000
- Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
- Berbari G., Biazio S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
- Biffi A., Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management, Economia & Management, 1997
- Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
- Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000
- Borgonovi E., Introduzione all'economia dell'amministrazione pubblica, Giuffrè, 1984
- Borgonovi E., Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, EGEA 1996
- Bortignon E., Frati P. e Tacchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Caccia C., Longo F., L'applicazione di modelli organizzativi "evoluiti" al sistema socio sanitario pubblico, Mecosan, 1995
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999
- Cartocci A., Fabbro M., Complessità organizzativa e sviluppo manageriale, Sviluppo e Organizzazione, n°131 1992
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997
- Costa G., Nacamulli R.C.D., Manuale di organizzazione aziendale, UTET
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1194
- Di Stanislao F., Liva C., Accredimento dei servizi sanitari in Italia, Centro Scientifico Editore, 1998
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drus users, emcdda, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- G. Costa R. Nacamulli "Manuale di Organizzazione aziendale", UTET 1996
- G. Rebora. "Organizzazione Aziendale", Carocci Editore, 1998
- Galbraith J., La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni, Problemi di gestione, vol.9, 1975
- Galbraith J., Organization desing, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Grandori A., L'organizzazione delle attività economiche, Il Mulino, 1995
- Grandori A., Organizzazione e comportamento economico, Il Mulino, 1998
- Grilli R., Penna A. e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Guarnieri F., Guarnieri L., Guarnieri D., Il diritto di accesso ai documenti amministrativi, Giuffrè Editore, 1999
- Guzzanti E. et AL, Aree funzionali omogenee e dipartimenti, Federazione Medica, 4-8, novembre 1994
- Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling&Kupfer, 1993
- Jefferson T., Deminelli V., Mugford M., La valutazione economica degli interventi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- M. Bergamaschi, "l'organizzazione nelle aziende sanitarie", McGraw Hill, 2000
- Marchiali R., Rognoni G., Cause Effetti in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994
- Meneguzzo M., Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione dell'efficacia dei network sanitari, Mecasan, n°19 1996
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Normann Richard, La gestione strategica dei servizi, ETASLIBRI, 1984
- Oggioni E., Le organizzazioni professionali a network, Sviluppo & Organizzazione, n°.140, 1993
- Ongaro E., Public Administration Process Reengineering - La reingegnerizzazione dei processi strumento per l'innovazione della Pubblica Amministrazione, Economia & Management
- Peppard J., Rowland P., Business Process Reengineering, Prentice Hall, 1995
- Perrone V., Le strutture organizzative d'impresa, EGEA, 1990
- Ruffini R., Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, Mecosan n°18, 1996
- Rugiadini A., Organizzazione d'impresa, Giuffrè, 1979
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995



- T. Burns, G. M. Stalker, "The management of innovation", Tavistock Publication, Ltd., London, 1961
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, MASLon, 1996
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999
- Wilkinson, Accounting and information system, John Wiley & Son.s, 1991



LA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME DEI TRATTAMENTI DELLE TOSSICODIPENDENZE NELLA PRATICA CLINICA

Giovanni Serpelloni¹⁾, Elisabetta Simeoni²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Viene qui presentato il modello concettuale e le basi teoriche per la valutazione dell'outcome durante la pratica clinica, definito al fine di realizzare un sistema informatizzato da mettere a disposizione degli operatori all'interno della Piattaforma Multi Funzionale MFP. Tale strumento è stato realizzato con l'intento di poter agevolmente e periodicamente valutare l'outcome raggiunto sui pazienti in trattamento, ma contemporaneamente poterlo correlare sia alle prestazioni rese (outcome) che alle risorse impiegate e ai costi generati (input).

Per realizzare tale sistema era indispensabile, come prerequisito, concettualizzare ed esplicitare i modelli, gli indicatori e le valutazioni di merito.

Questo lavoro soddisfa questa esigenza esplicitando in maniera schematica e didascalica i concetti utilizzati e l'orientamento seguito.

Come premessa indispensabile va ricordato che la valutazione clinica, oggetto della nostra trattazione, è ben diversa dalla valutazione scientifica degli esiti dei trattamenti essendo la prima finalizzata a comprendere e quantificare la variazione di stato clinico dopo un trattamento che si presuppone "efficace" alla luce dei risultati delle ricerche scientifiche precedenti, mentre la seconda è finalizzata a comprendere il nesso di causalità tra trattamento e la variazione dello stato clinico; dimostrarne quindi l'efficacia e la sicurezza attraverso studi controllati. Nell'affrontare l'argomento della valutazione dell'outcome nella pratica clinica è utile inoltre ricordare i principi di base che anche il nostro gruppo di lavoro ha fatto propri.

Tab. 1: Principi generali per la valutazione degli esiti dei trattamenti nella pratica clinica

1	Va considerata un Atto Dovuto per poter realizzare una "Good Clinical Practice". La sua assenza dovrebbe impedire lo svolgimento dell'intervento.
2	È un processo complesso ma fattibile a cui gli operatori sono chiamati anche con adattamenti riorganizzativi delle unità operative. Ogni resistenza al cambiamento dovrà essere gestita e vinta al fine di poter realizzare un sistema realmente orientato alla qualità.
3	La valutazione in generale, assume significati e modalità diverse in base alle sue finalità: • <i>decision making clinico - valutazione individuale, scopo assistenziale;</i> • <i>decision making organizzativo/gestionale - valutazione di insieme, scopo allocazione e gestione razionale delle risorse;</i> • <i>ricerca scientifica - valutazione di gruppi (trattato/controllo), scopo "probatorio" e di conoscenza.</i>
4	Non può essere disgiunta dalla valutazione di processo (prestazioni erogate) e dalla soddisfazione del cliente (quality oriented).
5	Nella pratica clinica risulta fondamentale l'accreditamento dei processi utilizzati attraverso la determinazione del loro grado di utilizzo di metodologie e protocolli "evidence based", essi infatti dovrebbero essere basati sulle evidenze scientifiche di efficacia e sicurezza dei vari trattamenti desunte da sperimentazioni controllate precedentemente eseguite e riconosciute.
6	La valutazione degli esiti dei trattamenti nella pratica clinica deve essere correlata ai costi generati valutandone quindi in maniera ponderata i benefici, l'utilità e l'efficacia (C.E., C.U., C.B.).

LA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME NEI TRATTAMENTI DELLE TOSSICODIPENDENZE: MODELLO CONCETTUALE ED INDICATORI NELLA PRATICA CLINICA

Il concetto di outcome nelle tossicodipendenze

Nel valutare gli esiti dei trattamenti delle persone tossicodipendenti, al pari di qualsiasi altro paziente su cui si eseguono interventi tesi a modificare comportamenti e stili di vita, è importante in primo luogo avere ben presente che la risultante (in termini comportamentali) non sempre ed unicamente è in relazione di causa – effetto con gli interventi eseguiti. Gli interventi infatti vengono spesso fatti nel corso di un lungo periodo di tempo e soprattutto erogati da diverse organizzazioni, ognuna delle quali rivendica il successo dei trattamenti stessi in caso di sospensione dell'uso di droga dimenticando tutto il percorso precedentemente fatto (compresi gli insuccessi) che risulta determinante per ottenere il risultato finale. Spesso si dimentica anche che esiste una quantità enorme di fattori interferenti non dipendenti dai trattamenti che sono forse molto più in grado di far variare comportamenti e stili di vita.

Nella valutazione dell'outcome nelle tossicodipendenze quindi non può essere applicata la stessa impostazione che utilizziamo per vedere l'effetto di un antibiotico su un'infezione (dove il rapporto causa – effetto è molto più verificabile), ma vi è la necessità di comprendere che più che valutazione degli esiti dei trattamenti specificatamente applicati, spesso si va a valutare la risultante di una serie di fattori che portano il paziente a modificare il proprio stato comportamentale per arrivare alla sospensione dell'uso di droga e al reinserimento sociale.

Pertanto, alla luce di queste considerazioni, potremo distinguere tra:

- *"risultante comportamentale globale"* (outcome globale) cioè il comportamento del paziente nel tempo e nel suo complesso, spesso non dipendente solo dal trattamento in corso ma che si orienta più sugli obiettivi a lungo termine dei trattamenti e cioè gli aspetti di reintegrazione sociale e di autonomia;



- *“esito comportamentale specifico”* (outcome trattamento-specifico) che invece è in stretta relazione con il trattamento ma che si orienta più sugli obiettivi a breve termine dei trattamenti e cioè sull'uso di sostanze.

L'outcome, come comprensibile, può essere meno in relazione diretta con il trattamento, tanto più l'assegnazione degli effetti sarà vicina nel tempo all'applicazione delle terapie, in modo da ridurre l'interferenza dei fattori esterni indipendenti e non controllabili.

Fig. 1: Fattori interferenti con l'outcome

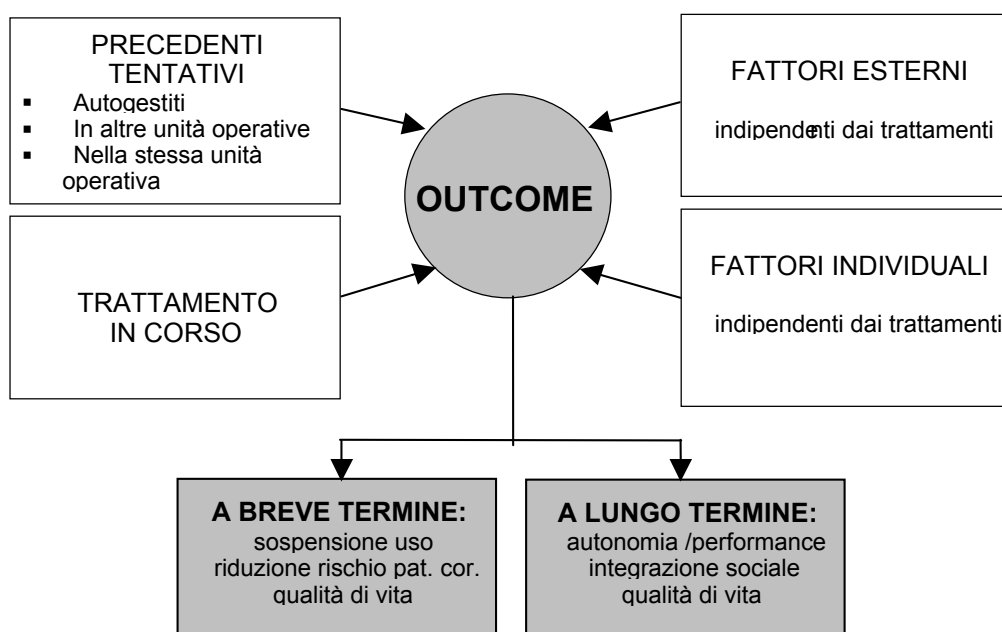


Fig. 2: Relazione trattamento – outcome

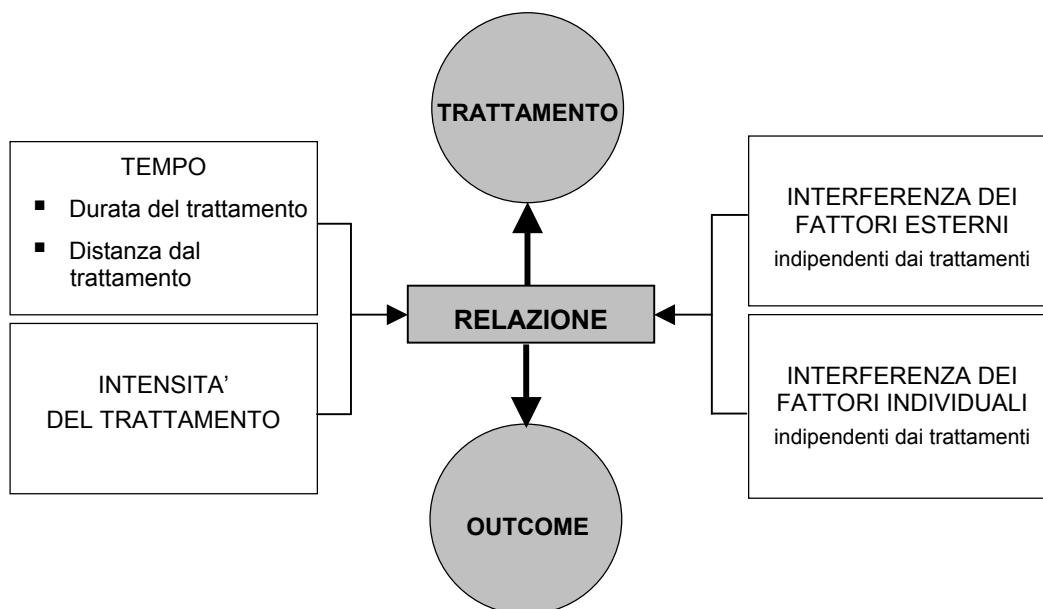
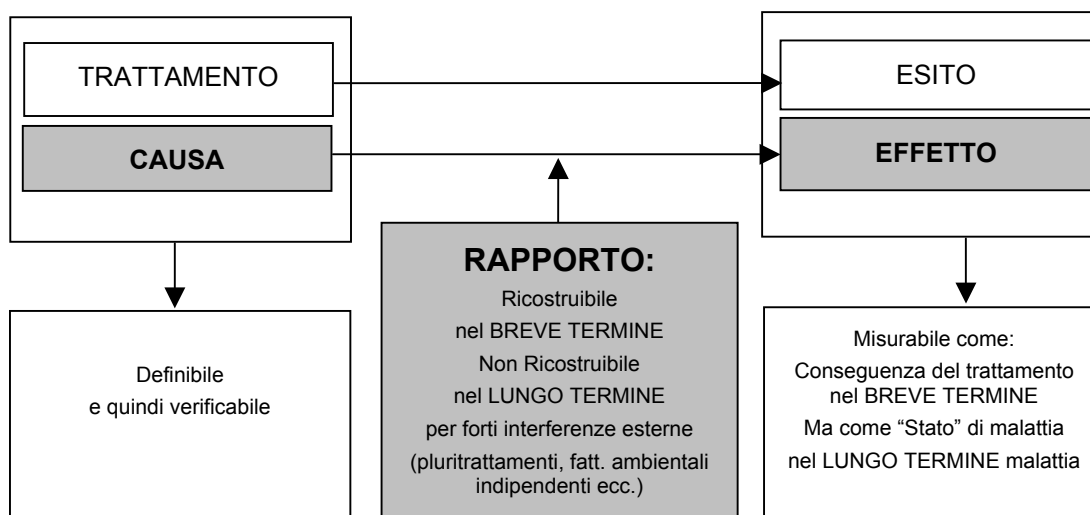


Fig. 3: Esito dei trattamenti e nesso causa - effetto



Chiarito questo aspetto resta da definire il concetto di outcome che vogliamo utilizzare nel nostro modello.

Con il termine "outcome" applicato ai trattamenti delle tossicodipendenze si deve intendere la conseguenza dell'azione di un insieme di fattori, dove il "trattamento eseguito" (nei suoi aspetti di prevenzione secondaria – terapeutici – riabilitativi) ha una forte ma non univoca



rilevanza, relativamente alla modifica di quattro aree: uso di sostanze, rischi correlati all'uso di droga, performance sociale globale e qualità di vita.

La valutazione dell'outcome è in stretta relazione con gli obiettivi prefissati che necessariamente devono essere chiari in partenza e in stretta relazione con le azioni terapeutiche perseguite e con diversi livelli dello stato di salute all'ingresso del paziente.

L'outcome così inteso acquista particolare rilevanza nella valutazione dei trattamenti soprattutto per gli obiettivi a breve termine, mentre per gli obiettivi a lungo termine si riduce il rapporto di causalità specifica "trattamento – esito" quindi il significato che si deve dare alla sua valutazione è più di un indicatore di stato che di esito del trattamento.

La rigorosa valutazione dell'outcome, come ricostruzione del rapporto di causalità, in realtà abbisognerebbe di modelli sperimentali complessi che utilizzino criteri scientifici e sistemi quali la randomizzazione o i trial controllati.

Tab. 2: Analisi del concetto di outcome

OUTCOME	OBIETTIVI	FATTORI CAUSALI PREVALENTI	VALUTAZIONE	SIGNIFICATO PREVALENTE
<i>SPECIFICO</i>	A BREVE TERMINE: - sospensione uso - riduzione rischio patologie correlate - qualità di vita	Trattamento	Della variazione dello stato della persona in relazione all'evento "trattamento"	Indicatore di efficacia
<i>GLOBALE</i>	A LUNGO TERMINE: - autonomia /performance - integrazione sociale - qualità di vita	Fattori multipli	Della variazione dello stato della persona in relazione a più "eventi di vita"	Indicatore di stato

Identificazione delle aree specifiche di valutazione e risultati attesi

Definire gli esiti dei trattamenti nei tossicodipendenti risulta ad una prima lettura difficile, tuttavia se si distinguono concettualmente i fattori predisponenti da quelli causali e di mantenimento della patologia in questione, si riesce agevolmente a costruire un sistema di assessment che permette di poter cogliere le variazioni post-trattamento (vedi figura e tabella seguenti).

I vari fattori ricadono in aree di valutazione concettualmente diverse con diversi campi di applicazione. Come si può facilmente comprendere sarebbe un grave errore scambiare indicatori prognostici per indicatori di esito. Oltre a non essere una operazione corretta creerebbe enormi confusioni e sistemi di assessment erroneamente centrati su aree non rappresentative l'outcome.

I fattori prima menzionati sono in grado di condizionare in maniera positiva o negativa l'evoluzione della patologia e le conseguenze finali oggettivabili ed oggettive sulla qualità di vita e sulla performance dell'individuo (fattori risultanti, effetti).

Il diagramma illustra la relazione tra fattori di rischio, interventi e valutazione diagnostica, di efficacia e prognostica.

AREA DI VALUTAZIONE DIAGNOSTICA

- FATTORI PREDISPONENTI (di rischio)
- FATTORI EZZIOLOGICI
- interni esterni

EFFETTI PATOLOGICI/SITUAZIONI DEVIANTI

- PRIMARI (collegati direttamente all'uso di sostanze)
- SECONDARI (correlati)
- TERZIARI (collegati)

INTERVENTI

- Preventivi primari
- Preventivi secondari
- Terapeutici Riabilitativi

AREA DI VALUTAZIONE

- CONSEGUENZE FINALI DEGLI INTERVENTI SU:
 - uso di sostanze
 - qualità della vita
 - performance

AREA DI VALUTAZIONE PROGNOSTICA

- FATTORI DI MANTENIMENTO E CAMBIAMENTO
- interni esterni

INDICATORI

- INDICATORI DIAGNOSTICI
- INDICATORI DI EFFICACIA
- INDICATORI PROGNOSTICI

VALUTAZIONE

- VALUTAZIONE DIAGNOSTICA
- VALUTAZIONE DELL'OUTCOME
- VALUTAZIONE PROGNOSTICA

**Tab. 3: Definizioni del modello eziopatogenetico generale a finalità valutative**

FATTORI PREDISPONENTI	Condizioni presenti prima dello sviluppo della patologia in grado di produrre un aumento del rischio di contrarre e sviluppare patologia. Possono dipendere da caratteristiche intrinseche del soggetto (neurobiologiche, psichiche) o esterne (socio-ambientali).
FATTORI EZIOLOGICI	Fattori causali direttamente responsabili della patologia in esame. La loro presenza è vincolante (necessaria ed indispensabile) per produrre gli effetti patologici (es. disponibilità ed assunzione reiterata di eroina).
EFFETTI PATOLOGICI - PRIMARI	Effetti diretti derivanti esclusivamente dall'azione diretta dei fattori eziologici sull'individuo.
- SECONDARI	Effetti derivanti (correlati) dagli effetti primari. Conseguenze della loro comparsa con insorgenza di bisogni/necessità che inducono ulteriori effetti patologici o di degrado sociale.
- TERZIARI	Effetti derivanti (conseguenti) da un effetto secondario e non direttamente correlati alla sostanza o alle modalità di assunzione.
FATTORI DI MANTENIMENTO	Fattore in grado di incentivare la persistenza degli effetti patologici. Possono essere conseguenza dell'estrinsecazione della patologia sull'individuo (interni) o sui suoi comportamenti o relazioni, o dell'ambiente (esterni).
CONSEGUENZE FINALI	Effetti generali conseguenti all'esplicitazione degli effetti patologici sulla qualità di vita e sulla performance psicosociale del paziente.

Tab. 4: Aree della valutazione

AREE DELLA VALUTAZIONE	OGGETTO DELLA VALUTAZIONE	MACROINDICATORI
<i>DIAGNOSTICA</i>	Situazioni di rischio Manifestazioni patologiche/devianti e grado di gravità	Fattori predisponenti Fattori eziologici Effetti patologici (I, II, III)
<i>DI OUTCOME</i>	Grado di salute aggiunta	Uso di sostanze Performance psico-sociale Qualità di vita
	Grado di patologia evitata (riduzione dei rischi)	Incidenza di patologie o situazioni negative correlate (malattie diffuse, overdose, attività criminose, prostituzione)
<i>PROGNOSTICA</i>	Probabilità di guarigione o mantenimento	Fattori di mantenimento/aggravamento della patologia (prognostici negativi) Fattori di cambiamento e/o agevolanti la guarigione (prognostici positivi)

Relazione tra valutazione diagnostica e valutazione dell'outcome

La valutazione diagnostica è finalizzata a comprendere la situazione del paziente mediante una operazione di individuazione dei problemi e di "labelling", che utilizza schemi di riferimento standard, utile e necessaria per poter operare le successive scelte decisionali.

La diagnosi può riguardare fondamentalmente quattro ambiti: medico, tossicologico, psicologico/psichiatrico e sociale. Per ognuno di questi ambiti, normalmente, vi è la necessità di formulare una vera valutazione diagnostica, una prognostica e una di esito, per ricondurre poi in seguito ad un'unica valutazione globale sul paziente tutti i vari aspetti presi in considerazione. La valutazione diagnostica in ambito psicologico, più che una "fotografia istantanea" spesso non possibile andrebbe intesa come un "processo continuativo" ed interrattivo con il paziente.

La valutazione in ambito diagnostico generale dovrebbe essere considerata un processo di conoscenza che avviene, oltre che con indagini di laboratorio, esami clinici ecc., anche con una interazione dinamica della persona che, soprattutto nel campo delle tossicodipendenze, è fortemente collegata alla relazione terapeutica che si instaura con essa.

La corretta valutazione diagnostica molto spesso ha bisogno di tempo per essere formulata. Al fine di permettere una fattibilità anche dei processi diagnostici sarà utile prevedere vari livelli di complessità e specializzazione con operatori dedicati.

La tabella successiva spiega ulteriormente questi concetti.

Tab. 5: Livelli diagnostici

LIVELLO	CARATTERISTICHE DELL'INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO	TEMPO	PERSONALE
<i>PRIMO</i>	Di orientamento generale Non specialistico Strutturato Standardizzato	Breve termine	Addestrato Non specialistico Assistito
<i>SECONDO</i>	Specialistico Strutturato Standardizzato	Medio termine	Addestrato Specialistico
<i>TERZO</i>	Specialistico di approfondimento Non strutturato Non standardizzato Dinamico Specialistico	Lungo termine	Addestrato Specialistico

Il primo livello è da considerare di orientamento generale ma estremamente importante e basilare per iniziare ad identificare i problemi, correlarli ed organizzarli logicamente, al fine di iniziare sia il percorso diagnostico di secondo livello che la preparazione del programma di intervento.



Nella definizione concettuale degli outcome vi è la necessità di tracciare anche il quadro generale dei risultati attesi teorici e contestualmente di considerare le variazioni ottenute sulla base del livello e delle condizioni cliniche di partenza. Quadri clinici molto gravi avranno variazioni in tempi ed intensità diverse rispetto a quadri molto meno gravi.

Prima però di approfondire questo argomento è utile riflettere sulla relazione esistente tra valutazione diagnostica e valutazione dell'outcome soprattutto per quanto riguarda le fasi e gli strumenti di raccolta dati in maniera tale da comprendere le differenze ma anche le aree comuni. Questo riveste una importanza cruciale soprattutto nella progettazione degli strumenti e delle procedure operative che dovranno garantire l'efficienza del sistema di valutazione.

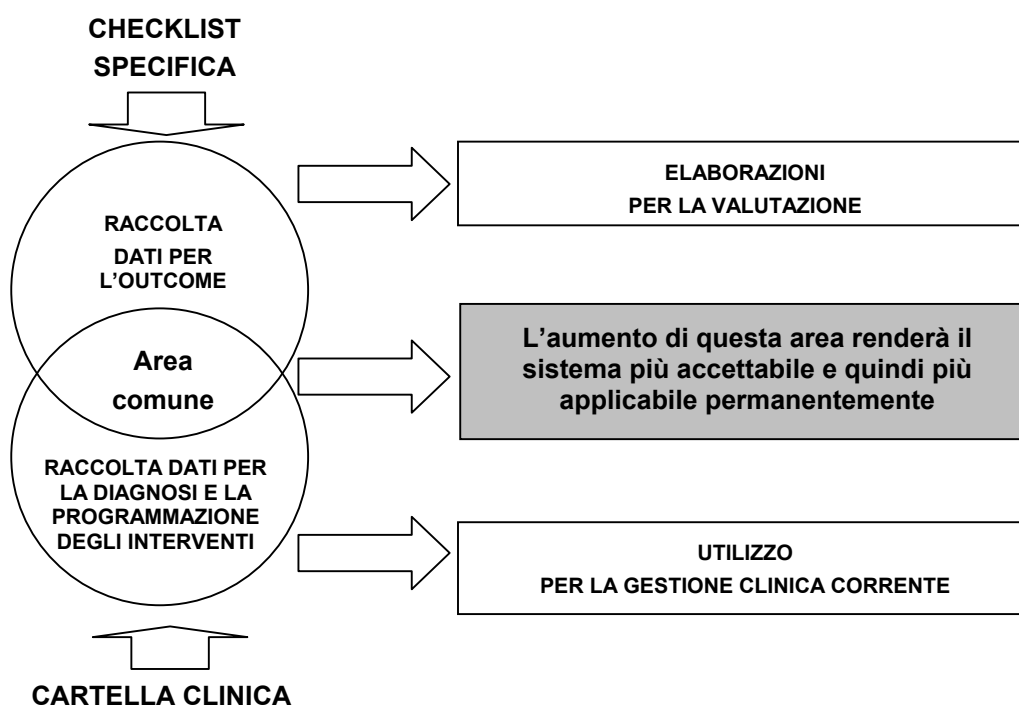
A questo proposito è utile ricordare che gli operatori hanno bisogno di due tipi di indicatori per poter eseguire le attività assistenziali:

1. indicatori clinici per poter comprendere ed identificare i problemi medici, tossicologici, psicologici e sociali del paziente ed in ultima analisi i suoi bisogni specifici. Questa conoscenza risulta indispensabile per poter avere elementi su cui organizzare i programmi di intervento;
2. indicatori di outcome per comprendere i risultati e quindi gli effetti delle loro decisioni (sia in termini positivi = guadagno, che negativi = insuccesso o danno) e poter apportare eventuali correttivi.

Vi è pertanto la necessità di raccogliere informazioni finalizzate a creare una base di dati che sia in grado di soddisfare le esigenze informative sia in ambito diagnostico che di valutazione dell'outcome. Questo può complicare notevolmente le cose se si pensa che normalmente i tempi operativi necessari per la raccolta di numerosi dati sono incompatibili con la pratica quotidiana ed i tempi a disposizione degli operatori.

Vi è quindi la necessità di creare sistemi che utilizzino il più possibile per la valutazione dell'outcome dati derivanti dalla raccolta delle informazioni cliniche routinarie. La figura successiva visualizza meglio questo concetto

Fig. 5: Valutazione diagnostica e outcome



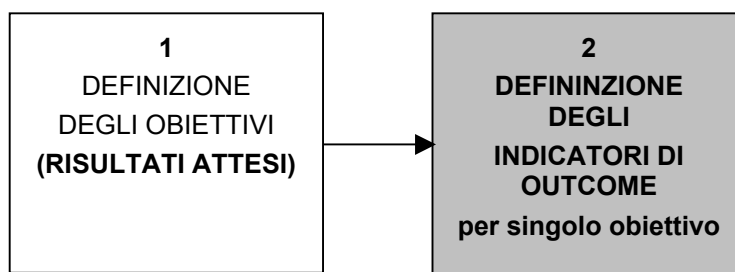
Alla luce delle considerazioni sopra esposte risulta chiaro che al fine di avere sistemi realmente applicabili nella pratica clinica, è necessario che gli strumenti e i tempi operativi per la valutazione dell'outcome coincidano il più possibile con quelli della valutazione diagnostica.

Questo creerà una minore interferenza con la pratica clinica, un minor tempo necessario per la raccolta dei dati, una minor complessità e quindi una maggior fattibilità.

Definizione degli obiettivi generali degli interventi e risultati attesi nella tossicodipendenza

Per definire gli indicatori di outcome è indispensabile predefinire gli obiettivi generali degli interventi (risultati) attesi individuando quindi precisamente il "mandato" operativo. Dopo queste operazioni sarà più semplice individuare i criteri e gli standard di valutazione.

Fig. 6: Sequenza delle azioni per arrivare alla definizione degli indicatori di outcome



Gli obiettivi generali dei trattamenti, al pari di qualsiasi altra patologia, anche in questo caso sono quelli di ripristinare o aggiungere salute e di prevenire patologie correlate alla patologia primaria e ai comportamenti a rischio. Come è comprensibile la valutazione dell'outcome è in relazione agli obiettivi terapeutici da raggiungere (il mandato terapeutico).

Bisogna tenere conto che gli esiti dei trattamenti non dipendono esclusivamente dai trattamenti eseguiti ma anche da fattori esterni non prevedibili e non misurabili.

L'outcome andrà valutato in relazione alle condizioni di partenza sia in termini di gravità clinica ma anche di risorse attivabili e alle condizioni esterne condizionanti. Questa valutazione ci darà il grado di fattibilità degli interventi e cioè il margine di intervento.

La tabella successiva riassume gli obiettivi generali che formano il mandato e i risultati attesi teorici per l'ambito tossicologico, medico, psichiatrico, psicologico e sociale.

Tab. 6: Mandato generale e obiettivi preventivi – terapeutici - riabilitativi nei tossicodipendenti

N	OBIETTIVI GENERALI
1	Ridurre o sospendere l'uso di sostanze
2	Portare la performance globale psichica e sociale del paziente più vicino alla norma
3	Far raggiungere una qualità di vita più vicino alla norma
4	Evitare le patologie correlate, le attività criminali e la prostituzione



È ormai assodato che i vari obiettivi possono essere raggiunti con tempi diversi ed è importante, nello strutturare i sistemi di valutazione dell'outcome, tenere conto che esistono obiettivi che possono e devono essere raggiunti nel breve termine ed altri che possono essere raggiunti nel medio-lungo termine.

La sospensione temporanea dell'uso di sostanze stupefacenti con farmaci sostitutivi o dopo inserimento in comunità, la riduzione dei rischi per patologie correlate e l'aumento della qualità di vita a livelli minimi di sussistenza, sono obiettivi da poter raggiungere nel breve termine.

La sospensione permanente dell'uso con la prevenzione della ricaduta, l'integrazione sociale e il raggiungimento di uno stato di autonomia permanente sono invece obiettivi che si possono raggiungere nel medio-lungo termine.

Esistono inoltre degli ambiti diversi di intervento che presentano obiettivi e target diversi per i quali variano gli indicatori che si possono utilizzare per la valutazione dell'outcome.

Tab. 7: ambiti generali di intervento, obiettivi generali e target

AMBITI	OBIETTIVI GENERALI	TARGET
<i>PREVENZIONE PRIMARIA</i>	Evitare l'uso di droghe	Persone a rischio senza uso di droga
<i>TERAPIA</i>	Sospendere l'uso e mantenere lo stato drug free	Persone che usano droghe
<i>PREVENZIONE SECONDARIA</i>	Evitare l'insorgenza di patologie correlate o situazioni devianti	Persone che usano droghe
<i>RIABILITAZIONE</i>	Integrazione sociale	Persone che hanno usato droghe

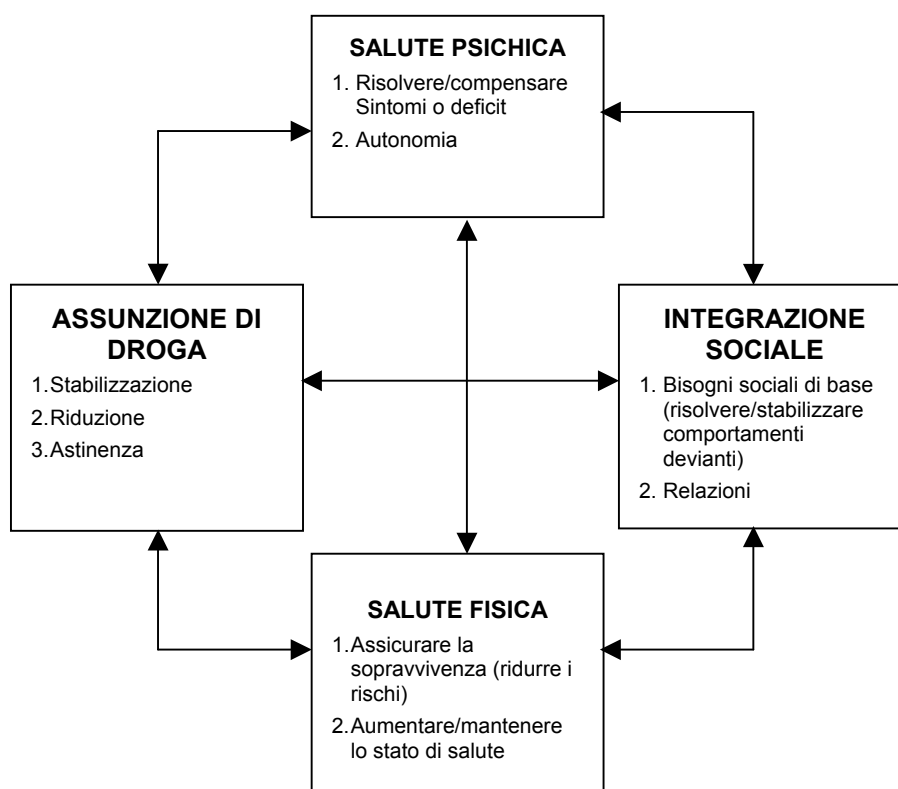
Per poter arrivare alla definizione degli indicatori di outcome risulta indispensabile infine definire meglio i risultati attesi sulla base dei diversi ambiti di intervento, considerando che esistono delle dinamiche di interazione a vari livelli in grado di condizionare l'esito dei trattamenti. La tabella e la figura successiva riportano in sintesi questi concetti.

Tab. 8: Risultati attesi teorici nei trattamenti dei tossicodipendenti oggettivamente rilevabili

N.	AMBITO	RISULTATI ATTESI
1	<i>TOSSICOLOGICO</i>	Sospensione uso di sostanze
2	<i>MEDICO</i>	Assenza patologia infettiva Assenza comportamenti a rischio Assenza patologia d'organo cronica
3	<i>PSICHIATRICO</i>	Assenza/Compenso di patologia psichiatrica
4	<i>PSICOLOGICO</i>	Assenza/Compenso di psicopatologia

5	SOCIALE	Presenza attività lavorativa o di studio regolare Gruppo sociale di riferimento a bassa % (< 5%) di tossicodipendenti Assenza di attività criminali Presenza di minima rete sociale positiva (su STD omogeneo per età, sesso e ambiente) Domicilio idoneo in termini igienico ambientali Assenza di conflittualità familiare Regolare accudimento dei figli Presenza di attività integrative gratificanti extralavorative sociali, ricreative, culturali, sportive, ecc.)

Fig. 7: Dinamiche ed obiettivi generali dei trattamenti



Inoltre gli indicatori per la valutazione possono variare ed assumere rilevanze diverse in base all'ambito e al tipo di intervento, la tabella successiva riporta in schema questo concetto.

**Tab. 9: Principali indicatori di outcome sulla base degli ambiti e del tipo di intervento**

INTERVENTO		INDICATORI per l'outcome						
Ambito	tipo	Uso di droghe	Stato di performance			Rischio di patologie (proxy)	Qualità di vita	Costi
			Salute e funzione fisica	Salute e funzione psichica	Integrazione sociale			
PREVENZIONE PRIMARIA	Informazione Individuazione delle situazioni a rischio Cultura comunitaria			X	X	X	X	X
CURA	Farmacologici Psicologici Pedagogici	X	X	X	X	X	X	X
PREVENZIONE SECONDARIA	Prev. Pat. correl. Bassa soglia					X	X	X
RIABILITAZIONE	Integrazione sociale	X			X		X	X

Definizione dei macroindicatori di outcome nelle tossicodipendenze nella pratica clinica

Come già ricordato, gli esiti di un trattamento per le tossicodipendenze presentano due ambiti di valutazione principale (che derivano dal mandato istituzionale) relativamente alla persona che si sottopone alle terapie:

1. il grado di salute aggiunta che si riesce ad ottenere relativamente alle condizioni di partenza;
2. il grado di patologia evitata con gli interventi preventivi contestuali a quelli terapeutici.

I primi saranno espressi con due tipi di parametri: oggettivi e soggettivi.

I parametri oggettivi saranno espressi come variazioni dei seguenti indicatori:

- a) Gravità clinica;
- b) Performance globale;
- c) Qualità di vita oggettivata.

I parametri soggettivi (percezioni) saranno espressi come variazioni dei seguenti indicatori:

- a) Soddisfazione del paziente;
- b) Qualità di vita percepita;

Il secondo ambito di valutazione (grado di patologia evitata) sarà espressa anch'esso con due tipi di parametri: oggettivi e soggettivi/riferiti:

- a) Incidenza di patologie e situazioni devianti correlate;
- b) Comportamenti a rischio espressi.

La tabella successiva illustra questi concetti in maniera più semplice.

Tab. 10: Concettualizzazione dell'Outcome nei tossicodipendenti:

OBIETTIVO	AREE	PARAMETRI	SPECIFICHE	ATTIVITÀ
VALUTAZIONE DEGLI ESITI DEI TRATTAMENTI	GRADO DI SALUTE AGGIUNTA espressa in:	A. PARAMETRI OGGETTIVI espressi come variazione di:	Gravità clinica Performance globale Q. di vita oggettivata	ATTIVITÀ DI CURA E RIABILITAZIONE
		B. PERCEZIONI DEL SOGGETTO esprese come variazioni di:	Soddisfazione del paziente Q. di vita percepita	
	GRADO DI PATOLOGIA EVITATA espressa in:	A. PARAMETRI OGGETTIVI espressi come:	Misure di incidenza pat. cor.	ATTIVITÀ DI PREVENZIONE
		B. INDICATORI DI RISCHIO espressi come variazione di:	Comportamenti a rischio espressi	

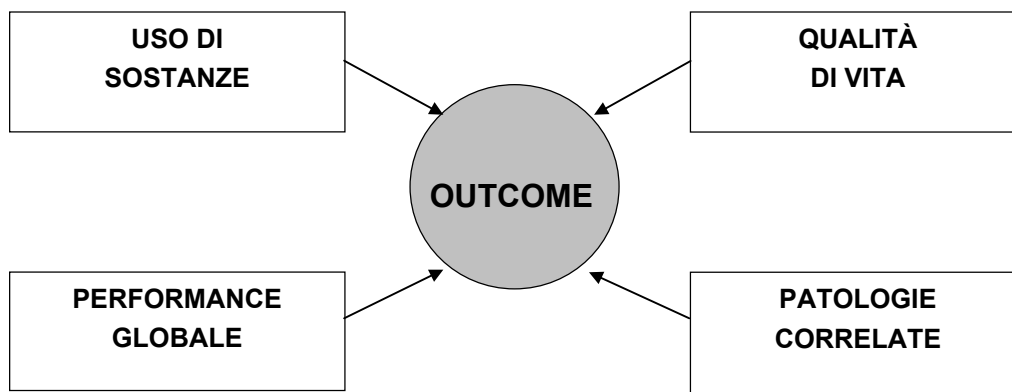
Alla luce dell'inquadramento concettuale precedente e dei risultati che praticamente si vogliono ottenere sul paziente tossicodipendente, si possono quindi identificare quattro macroindicatori per la valutazione diretta degli esiti dei trattamenti che vengono riportati nella tabella successiva.

Tab. 11: macro indicatori di outcome nel modello MCM

N	MACROINDICATORE DI OUTCOME
1	Uso di sostanze psicoattive
2	Performance globale del paziente
3	Qualità di vita
4	Incidenza di patologie e situazioni negative correlate quali le malattie diffuse, l'overdose, le attività criminali e la prostituzione



Fig. 8: Macro indicatori di outcome nel modello MCM



Gli interventi al fine di essere considerati realmente utili dovrebbero essere in grado di agire su questi macroindicatori creando delle variazioni positive (definite come outcome attesi) oggettivamente rilevabili. In altre parole questi macroindicatori dovrebbero essere in grado di farci comprendere il grado di salute aggiunta che gli interventi riescono a creare ed il grado di patologia evitata (riduzione dei rischi).

Ogni macroindicatore può essere descritto attraverso delle componenti che possiamo definire “hard” per la loro capacità di rappresentare fortemente la realtà da oggettivare che riportiamo nella tabella successiva.

SPECIFICHE DEI MACRO INDICATORI

I macroindicatori identificati per poter essere descritti hanno bisogno di componenti rilevabili e quantitative che possono variamente essere definite. La tabella successiva riporta un esempio di alcune componenti “hard” che si possono utilizzare.

Tab. 12: Macro indicatori per la valutazione degli esiti dei trattamenti nelle tossicodipendenze su singolo paziente e loro componenti “hard”

N	MACROINDICATORI	COMPONENTI “HARD” DEI MACRO INDICATORI
1	UTILIZZO SOSTANZE D'ABUSO	A. % U-Morfinuria positiva ultimi 30gg., 3m., 6m., B. % U-Altre sostanze (anfetamine, cocaina, THC, BDZ ecc.) C. abuso alcolico come compensazione alla sospensione uso di eroina D. % U-Metadone positiva E. numero di ricadute a 12 mesi
2	GRADO DI PERFORMANCE (personale e sociale)	A. Grado di istruzione B. Grado di professionalità (abilità specifiche) C. Capacità produttiva reale (capacità di assicurarsi un reddito utile mediante attività lecite) D. Presenza attività lavorativa (occupazione) E. Dimensione della qualità della rete sociale F. Numero di episodi di conflittualità familiare ultimi 3 mesi G. Numero di attività sociali positive (modello SSAS)

3	QUALITÀ DI VITA	A. QL percepita B. QL clinical status C. QL social status
4	INCIDENZA PATOLOGIE CORRELATE	A. Presenza patologie infettive (HIV, HBV, HCV, MTS, TBC) B. Numero di episodi di overdose ultimi 3 mesi C. Presenza/ intensità sintomi psichiatrici D. Livello di conoscenza, percezione del rischio, attitudine al rischio, abilità preventive anti HIV (siringa, profilattico) e overdose E. Numero di episodi di attività criminale che hanno dato origine ad azioni delle Forze dell'Ordine ultimi 3 mesi F. Presenza di attività di prostituzione

L'uso di sostanze

Per la valutazione dell'uso di sostanze stupefacenti si farà riferimento alle metodiche standard avendo cura di valutare l'utilizzo dei diversi tipi di sostanze (compreso l'alcool). Per agevolare la raccolta dei dati è conveniente valutare il periodo di trenta giorni antecedente l'indagine, affidando la determinazione dei metaboliti urinari a metodiche valide con frequenze di determinazione bisettimanale.

I dati riferiti dal paziente non possono essere tenuti in considerazione per ovvi motivi.

La performance globale del paziente

Nella valutazione degli esiti dei trattamenti, acquista efficacia fondamentale la performance del paziente valutata nei suoi molteplici fattori determinanti.

Con il termine performance globale, secondo la nostra visione, si deve intendere l'espressione della "capacità operante" e cioè la risultante concreta, in termini comportamentali, dell'applicazione in pratica ed in un contesto di vita "normale" di :

1. Conoscenze;
2. Competenze;
3. Abilità pratiche;
4. Intenzioni di comportamento;
5. Capacità psicofisiche funzionali.

Queste caratteristiche sono finalizzate alla realizzazione e conduzione di una vita autonoma e "normale".

Si distingue quindi tra la "performance potenziale" (non applicata) e la "performance reale" (applicata).

Nel primo caso viene definita dalle caratteristiche di base del soggetto che lo mettono teoricamente in grado di produrre risultato. Nel secondo caso viene definita dai risultati effettivi, in termini comportamentali, delle potenzialità del soggetto.

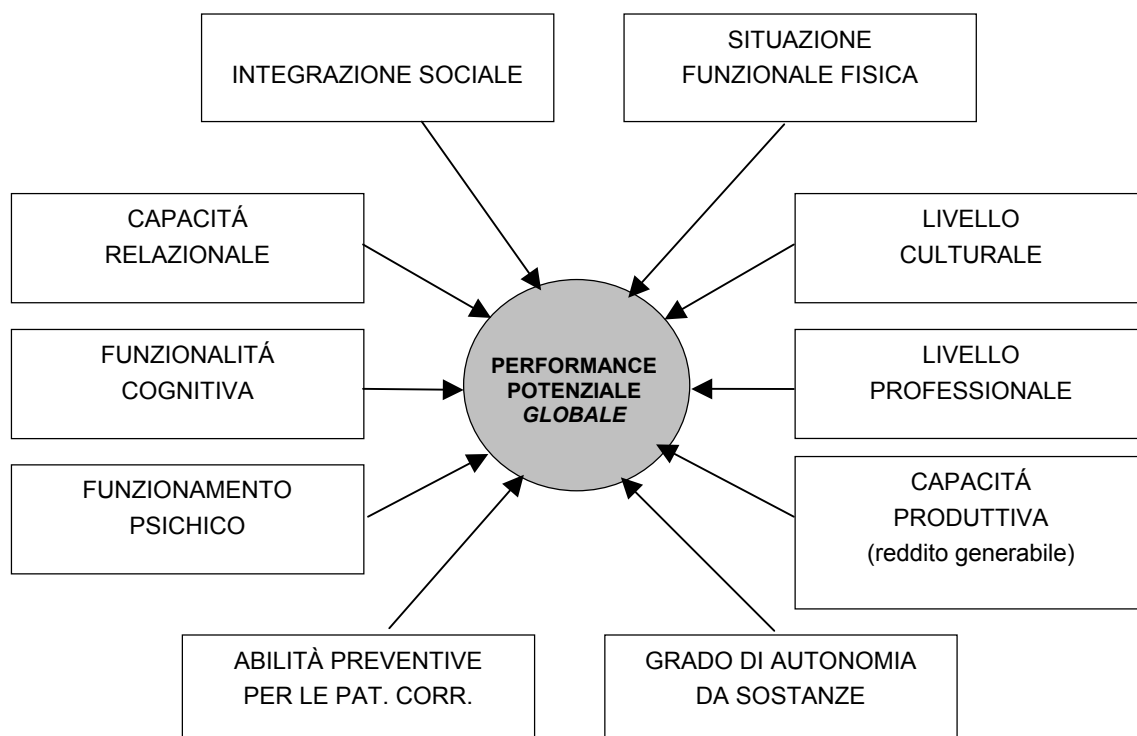
Lo stato di performance reale si può misurare osservando quattro principali dimensioni:

1. la funzionalità fisica;
2. la funzionalità psichica;
3. la produttività economica;
4. l'integrazione sociale.



La figura seguente mostra i macrofattori determinanti la performance.

Fig. 9: I principali macrofattori che determinano la performance potenziale del paziente tossicodipendente

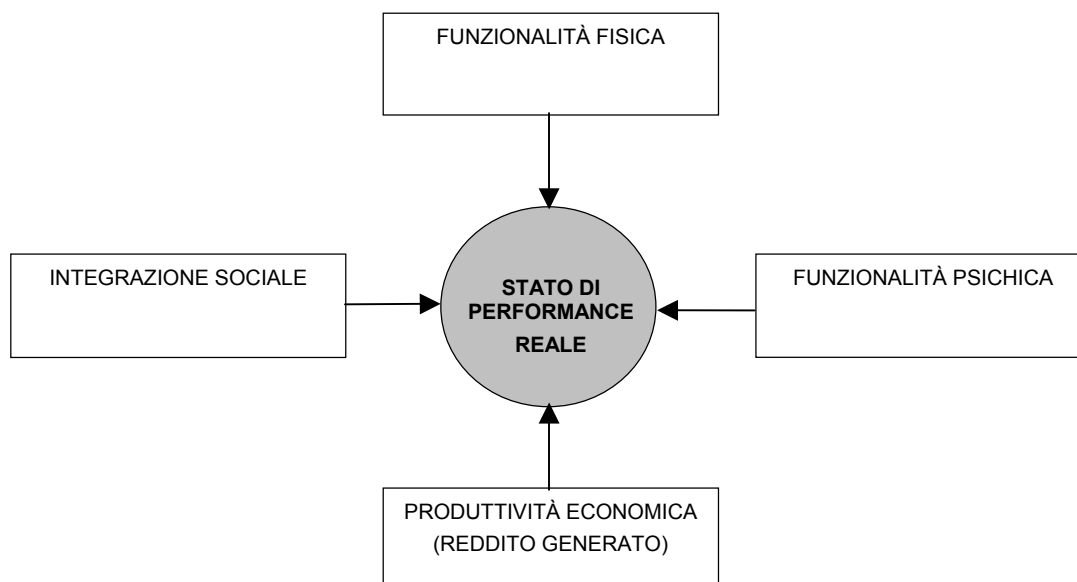


Tab. 13: Macrofattori e fattori di base correlati che determinano la performace globale del paziente tossicodipendente

N	MACRO FATTORI	PRINCIPALI FATTORI DETERMINANTI
1	SITUAZIONE FISICA	Patologie in grado di ridurre la probabilità di sopravvivenza o producenti limitazioni funzionali.
2	FUNZIONAMENTO PSICHICO	Gestione delle emozioni/Aggressività. Realizzazione e mantenimento quadro valoriale positivo e introiezione regole sociali. Comprensione dei propri limiti (controllo dell'onnipotenza) delle possibilità ed efficacia (Self efficacy). Analisi della realtà. Decision making e problem solving. Riconoscimento/Gestione del rischio. Sviluppo e mantenimento di un sistema di attività abitudinarie gratificanti (Sistema Comportamentale Abitudinario di Reward). Evitamento ed allontanamento da attività criminali. "Autocura " efficace (cura di sé). Contenimento dell'ansia e depressione.
3	FUNZIONALITÀ COGNITIVA	Intelligenza. Memoria. Attenzione. Ecc.
4	CAPACITÀ RELAZIONALE	Familiare: capacità di gestire con i genitori e coniuge e di accudire i figli. Sociale: capacità di rispettare le regole, di integrazione, di sviluppare e mantenere una rete sociale positiva (social conformità).
5	LIVELLO CULTURALE	Grado di istruzione. Cultura sociale positiva.
6	LIVELLO PROFESSIONALE	Abilità tecniche. Specializzazione. Congrua quantità/qualità di lavoro svolto in relazione al tipo di lavoro. Capacità di interagire correttamente con l'ambiente di lavoro. (comportamento professionale) nel tempo.
7	CAPACITÀ PRODUTTIVA	Abilità gestionali, professionali ed esistenza di un lavoro o altre attività lecite in grado di creare reddito. Capacità di mantenere un lavoro.
8	GRADO DI AUTONOMIA PSICOFISICA dalle sostanze	Dipendenza fisica e psichica da sostanze.



Fig. 10: I principali fattori determinanti lo stato di performance reale del paziente tossicodipendente



La qualità di vita

Con il termine “Qualità di vita” si può intendere il grado di funzionalità positiva relativamente alle dimensioni biologiche, psicologiche, sociali e relazionali di un paziente. Essa può essere determinata sulla base di standard di riferimento soggettivi (percezione del paziente, grado di soddisfazione Spilker 1990) o esterni (valutazione del medico sulla base di valutazioni soggettive o oggettive).

La qualità di vita può variare in base alla compromissione dello stato di salute per la presenza di patologia ed all'efficacia delle terapie. Secondo altri autori (Gill e Feinstein-Sama 1994) può essere considerata “un riflesso (una conseguenza n.d.r.) del modo in cui i pazienti percepiscono e reagiscono al loro stato di salute e ad altri aspetti non medici della loro vita”. Guy Att e Cook ritengono però che, in medicina, la qualità di vita sia da riferire al contesto di salute (Health Related Quality of Life).

In altre parole la qualità di vita in relazione all'assistenza potrebbe essere definita come la risultante di una equazione tra autonomia, salute, soddisfazione del paziente e del medico.

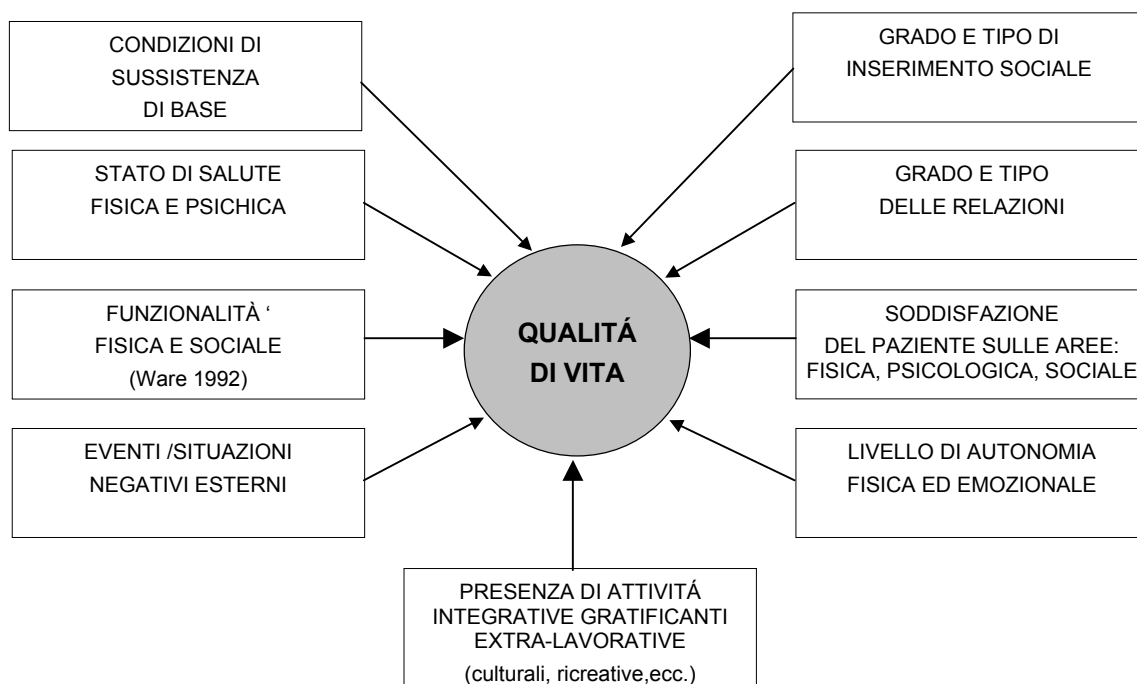
La qualità di vita in termini generali può essere considerata quindi la risultante tra la situazione generale oggettiva di un paziente da un punto di vista bio-psico-sociale (grado di qualità comparata con uno standard di riferimento predefinito) ed il grado di soddisfazione soggettivo del paziente relativamente alla sua situazione (sulla base delle sue aspettative personali). Risulta evidente accettando una definizione di questo tipo che è necessario accettare di conseguenza anche altri due principi: a) la possibilità e necessità di definire un punto di riferimento normativo standard cioè un “base line” mediano a cui riferirsi per le comparazioni ed il calcolo degli scostamenti; b) l'opportunità di non utilizzare la valutazione della soddisfazione del paziente nel momento in cui esso sia affetto da patologie in grado di alterare lo stato psichico con compromissione della capacità di giudizio, alterazione delle percezioni e/o esistenza di “uno stato di necessità” neuro-biologico in grado di canalizzare e condizionare fortemente le aspettative e le conseguenti necessità di vita del paziente.

In altre parole il paziente potrebbe percepire non soddisfacente una situazione che, anche se perfettamente rientrante nella base-line mediana come qualità di vita oggettiva, non

corrisponde alla sua aspettativa o “necessità condizionata” di avere a disposizione particolari situazioni o sostanze (come nel caso dell'eroina). Non si potrà quindi utilizzare per la stime della qualità di vita di un paziente il suo grado di soddisfazione quando vi siano presenti aspettative incongrue e cioè “patologiche”, particolarmente devianti da quanto ci si può realisticamente aspettare o “esagerate” intendendo con questo termine l'esistenza, per esempio, di una buona qualità di vita oggettiva con una aspettativa esagerata da parte del paziente (o il contrario) che prova così una sensazione di frustrazione e di non soddisfazione (la sindrome del “re triste”) od una costante soddisfazione qualunque sia la sua qualità di vita (la sindrome del “miserabile sempre contento”).

Pertanto la qualità di vita nel tossicodipendente è la risultante dell'effetto di una serie di variabili riportate nella figura successiva.

Fig. 11: Principali macrofattori condizionanti la qualità di vita nel tossicodipendente



Qualità di vita: il modello 3D

È indubbio che nei tossicodipendenti il rilevamento della qualità della vita secondo metodiche standard non porta ad ottenere informazioni affidabili in quanto tradizionalmente si punta a rilevare le percezioni soggettive del paziente e quindi il suo grado di soddisfazione che però non è sottoposto, come nel caso di tossicodipendenti al fortissimo condizionamento di sostanze stupefacenti in grado di alterare le percezioni ma soprattutto correlate a situazioni di vita che inducono il paziente a falsare quasi costantemente i propri riferiti a fini manipolatori. Pertanto si è pensato di sviluppare un nuovo modello di rilevamento della qualità della vita dei tossicodipendenti che utilizzi tre dimensioni di valutazione:

1. le condizioni di vita oggettive;
2. le condizioni cliniche correlate alla patologia;
3. le percezioni soggettive del paziente;



La prima dimensione viene definita dallo status generale socioambientale e di sussistenza.

La seconda dimensione viene definita dalla presenza di sintomi disagianti (soprattutto ansia, depressione, dolore) dalla funzionalità ed autonomia, ma anche dai disagi derivanti dalla necessità di terapia (frequenza di assunzione, spostamenti per l'accesso alle strutture, modifica delle abitudini di vita conseguenti ecc.).

La terza dimensione viene definita dalle percezioni soggettive del paziente ed è self reported. Il modello 3D è in grado quindi di definire la "quality life social status", la "quality life clinical status" e la "quality life perception", che potranno essere messi in relazione e confrontati anche al fine di stabilire il grado di coerenza che vi può essere fra quanto oggettivamente rilevato e soggettivamente percepito. Il grado di coerenza può essere una interessante misura da poter utilizzare anche all'interno dei processi diagnostici. La figura successiva riporta in sintesi questo concetto.

Fig. 12: Definizione del concetto di Qualità di Vita finalizzato alla valutazione dell'outcome nei tossicodipendenti nella pratica clinica

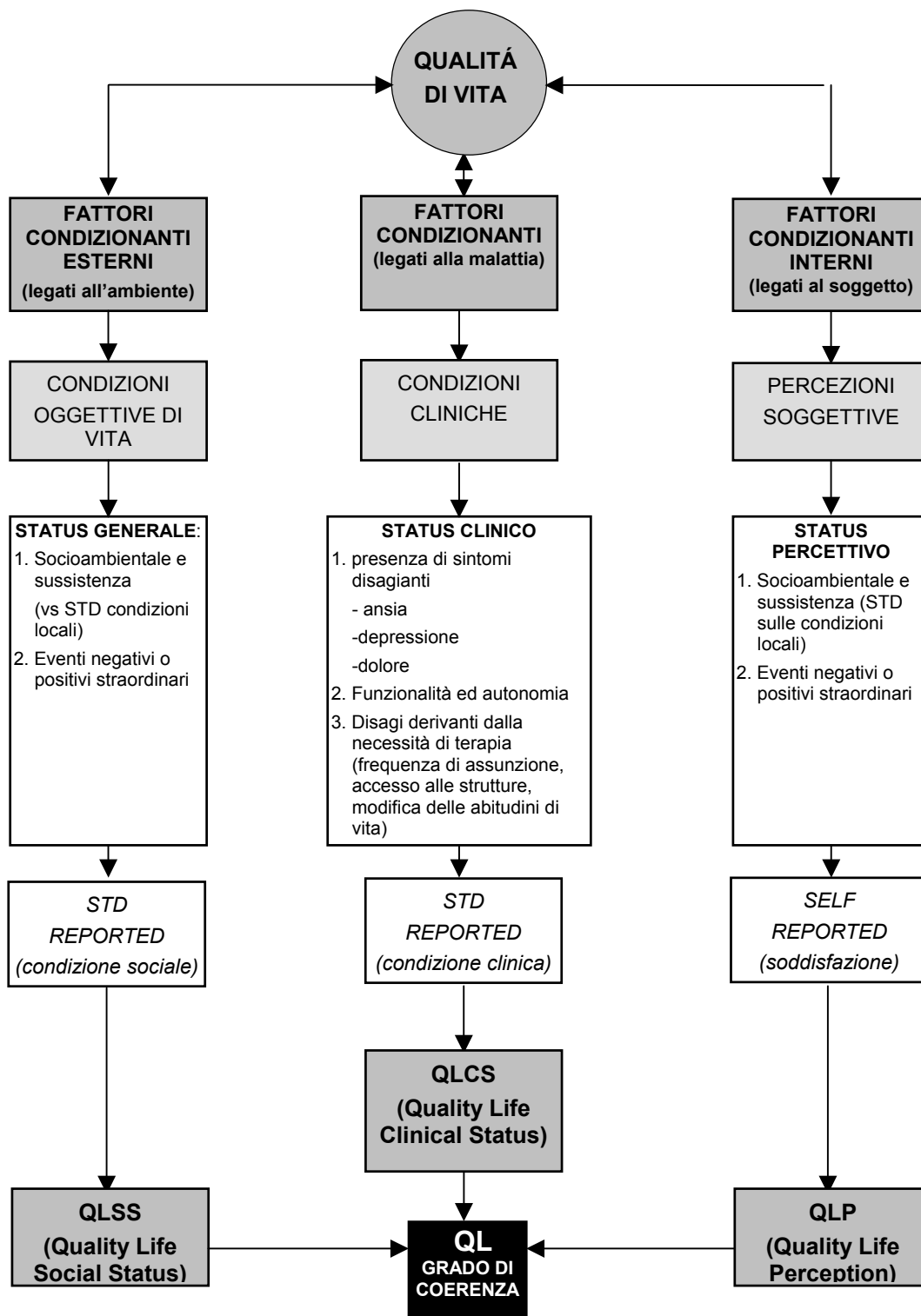




Fig. 13: Grado di coerenza nella valutazione 3D della QLSS e QLP

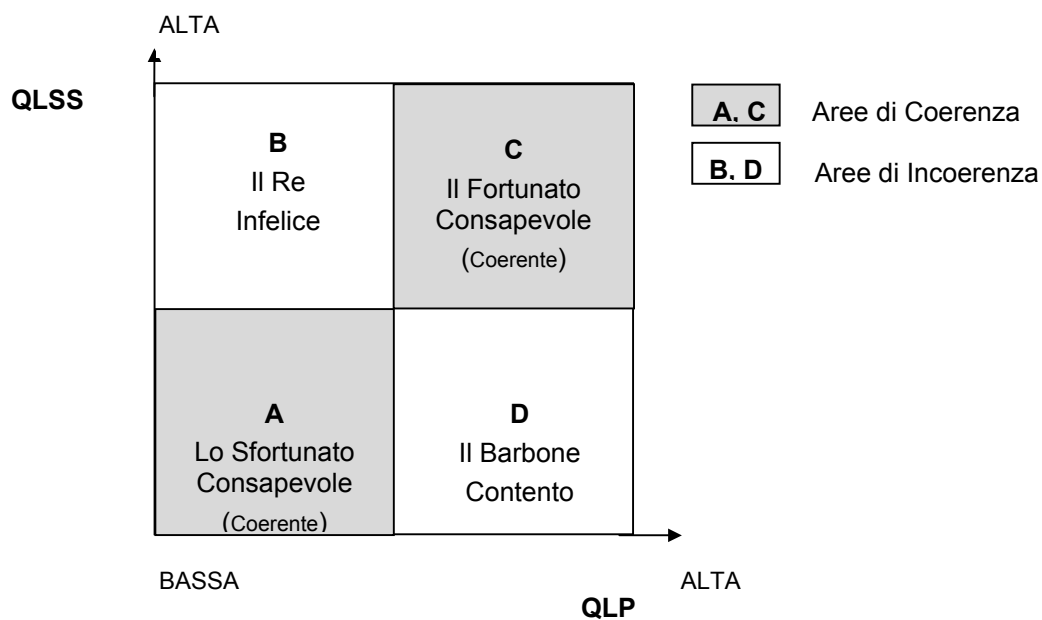
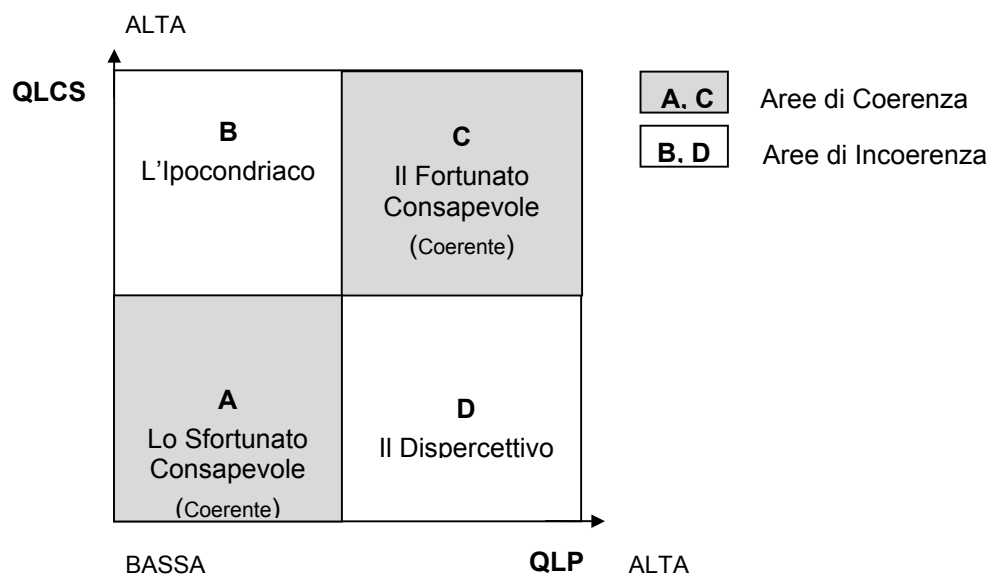


Fig. 14: Grado di coerenza nella valutazione 3D della QLCS e QLP

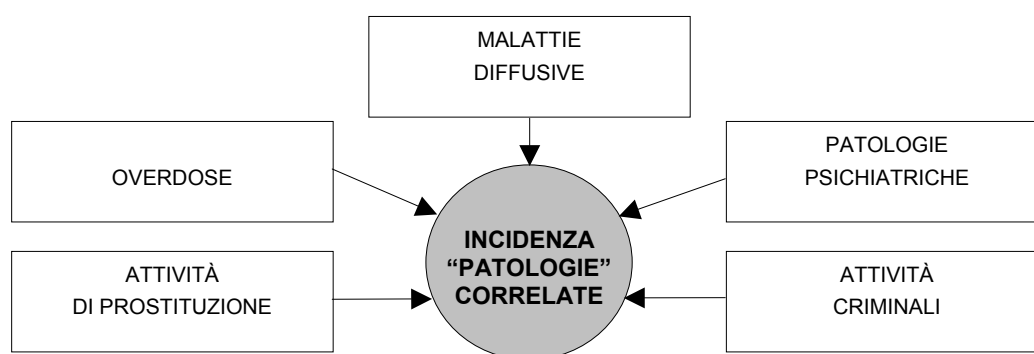


L'incidenza delle patologie e situazioni devianti correlate

Gli indicatori di outcome per questo argomento dovrebbero essere in grado di cogliere le variazioni del grado di rischio correlato relativamente a cinque ordini di fattori:

1. malattie diffusive quali l'infezione da HIV, le epatiti, la TBC e le malattie sessualmente trasmesse;
2. overdose;
3. patologie psichiatriche;
4. attività criminali (furto e spaccio);
5. attività di prostituzione.

Fig. 15: Fattori che determinano l'incidenza delle patologie e situazioni sociali devianti nella tossicodipendenza



La valutazione dell'outcome degli interventi preventivi può utilizzare due ordini di misura: l'incidenza e le abilità preventive al fine di ridurre il rischio sia di acquisizione ma anche di trasmissione. La tabella successiva riassume in sintesi questi concetti.

Tab. 14: Fattori ed indicatori per la valutazione dell'outcome dell'incidenza delle patologie delle situazioni sociali devianti correlate alla tossicodipendenza

N.	FATTORE	INDICATORE
1	MALATTIE DIFFUSIVE	Incidenza di sieroconversione Livello di conoscenza Episodi di rischio (scambio siringhe, rapp. sex non protetti) Grado di abilità preventive per rischio sessuale e parenterale
2	OVERDOSE	Incidenza di overdose Livello di conoscenza tecniche preventive Grado di abilità preventive
3	PATOLOGIE PSICHIATRICHE	Incidenza Grado di compenso
4	ATTIVITÀ CRIMINALI (FURTO E SPACCIO)	Incidenza di arresti e denunce
5	ATTIVITÀ DI PROSTITUZIONE	Incidenza Numero di partner/t



LA SCELTA DELLE MODALITÀ DI RACCOLTA DATI

Nella scelta e nella definizione del modello di outcome e nella successiva costruzione del sistema di rilevamento dati, risulta fondamentale predefinire l'orientamento che si vuole prendere in termini di strumenti auto od etero somministrati. Risulta evidente che nell'uno o nell'altro caso i vantaggi e gli svantaggi sono contemporaneamente presenti ma per la scelta finale bisogna tenere conto soprattutto di due fattori: il primo dipendente dagli utenti, dalle loro particolari caratteristiche, su cui devono essere rilevati i dati; il secondo dipende invece dagli operatori, e dalle loro abitudini professionali, che dovrebbero utilizzare tali strumenti.

La nostra opinione in merito al primo fattore è che la persona che fa uso di sostanze stupefacenti e spesso con contemporanea assunzione di benzodiazepine ed alcool, spesso portatrice di gravi problemi in ambito psichiatrico e psicologico, con scarso livello culturale e con atteggiamenti fortemente manipolatori nei riguardi dell'operatore (che dovrebbe somministrare gli strumenti), non sia in grado di assicurare una corretta e valida raccolta dati attraverso una autosomministrazione. Per contro una eterosomministrazione risente fortemente dell'influsso dell'operatore anche se però, in un bilanciamento degli svantaggi e dei vantaggi, tale scelta probabilmente può garantire maggiormente in termini di validità ed affidabilità del dato raccolto. Tale sistema risulta ancora più efficiente se si introduce un "sistema misto" che prevede una forte guida da parte dell'operatore con somministrazione di piccole parti autosomministrate.

Le caratteristiche di maggior affidabilità del risultato finale possono essere maggiormente garantite ed amplificate se oltre alla raccolta dati impostata prevalentemente sull'operatore si prevedono una serie di altre situazioni quali:

1. una formazione ed un addestramento specifico dell'operatore in tal senso;
2. strumenti fortemente strutturati sul modello delle check-list a sequenza predeterminata ed orientata a far sostenere all'operatore un colloquio guidato ma non rigidamente impostato;
3. strumenti che nella loro sequenza logica di intervista rappresentino un "promemoria" standardizzato per gli operatori sulla base di un algoritmo logico preventivamente discusso e concordato con l'equipe;
4. strumenti ad alta leggibilità ed utilizzabilità con possibilità di informatizzazione;
5. presenza di una precisa e definita guida semantica per l'operatore che, oltre alle istruzioni per l'uso, contenga le domande ottimali e standard da porre durante il colloquio per ottenere risposte precise sugli indicatori di indagine prescelti e i criteri di inquadramento delle risposte;
6. contemporaneo rilevamento dei dati oggettivi sulla situazione del cliente, del suo giudizio in merito a quanto rilevato sull'argomento specifico e dell'operatore;
7. utilizzo di sistemi di scoring, di VAS ed altre tecniche tese per quanto possibile ed opportuno alla quantificazione del dato.

IL MODELLO DI TIMING OSSERVAZIONALE

Definizione

L'esito dei trattamenti andrà valutato sulle variazioni ottenute nel tempo relativamente alle situazioni cliniche di ingresso e soprattutto sulle differenze quantitative (t_1 , t_2 , ..., t_n) e quindi misurabili delle situazioni pre e post trattamento.

Il periodismo di osservazione, tra un controllo e l'altro, dovrà essere definito con frequenze compatibili con i tempi naturali e ragionevoli di variazione/miglioramento/risoluzione della patologia (3-6 mesi e 1-5 anni) in modo da poter cogliere correttamente le variazioni evitando perdite di sensibilità osservazionale con periodi troppo lunghi o un eccesso di carico con periodi troppo brevi.

Fig. 16: Diverso peso dei fattori interferenti con la raccolta dati derivanti dagli operatori e dai clienti tossicodipendenti

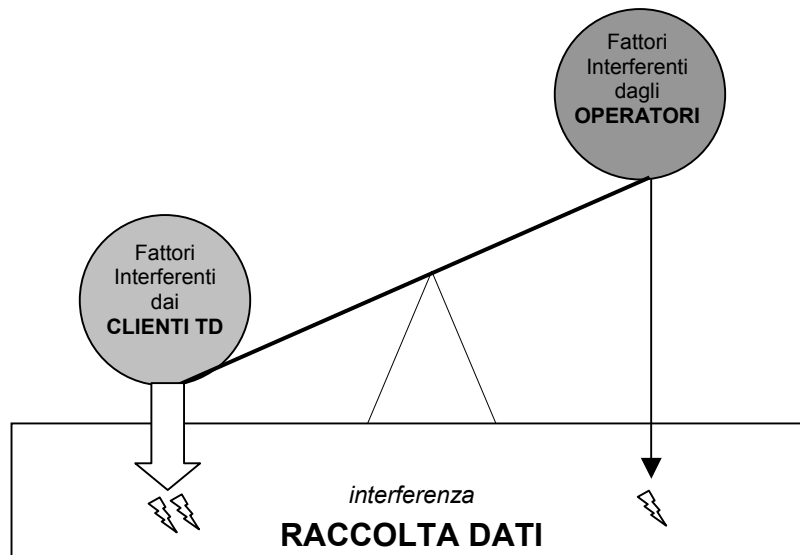


Fig. 17: Tipologie di raccolta dati, affidabilità e rappresentatività

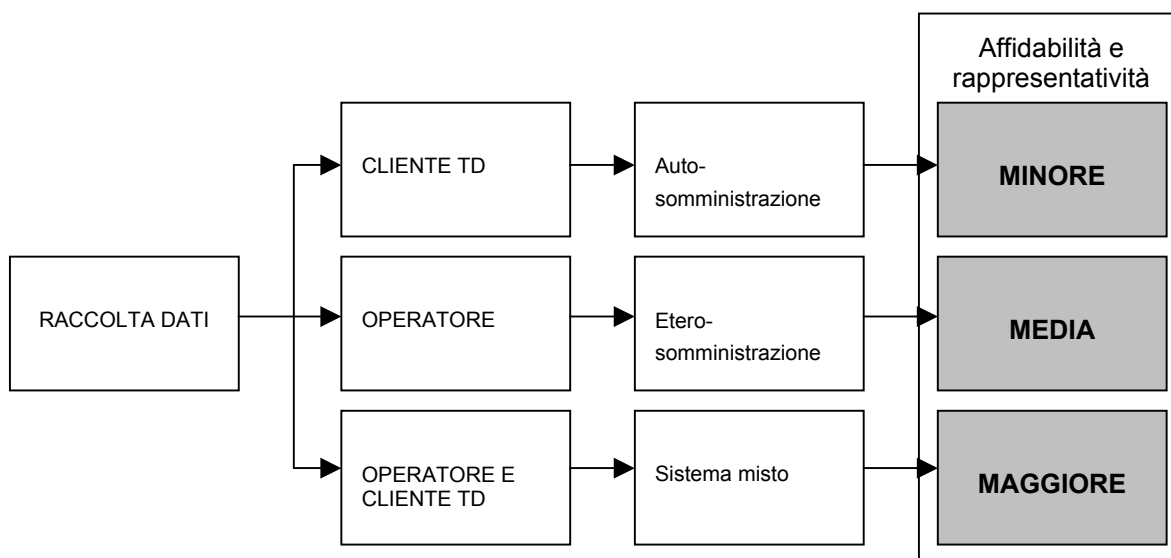
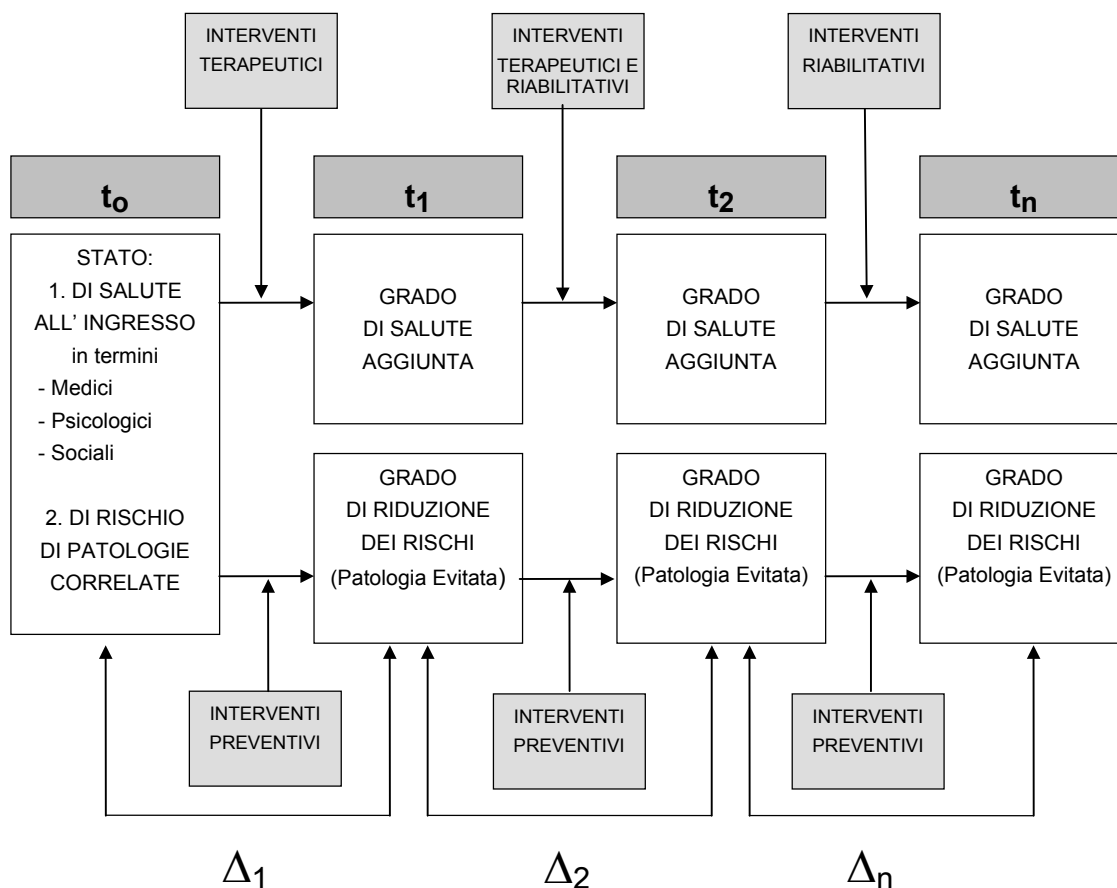




Fig. 18: Valutazione degli enti dei trattamenti e degli interventi di prevenzione: il modello osservazionale



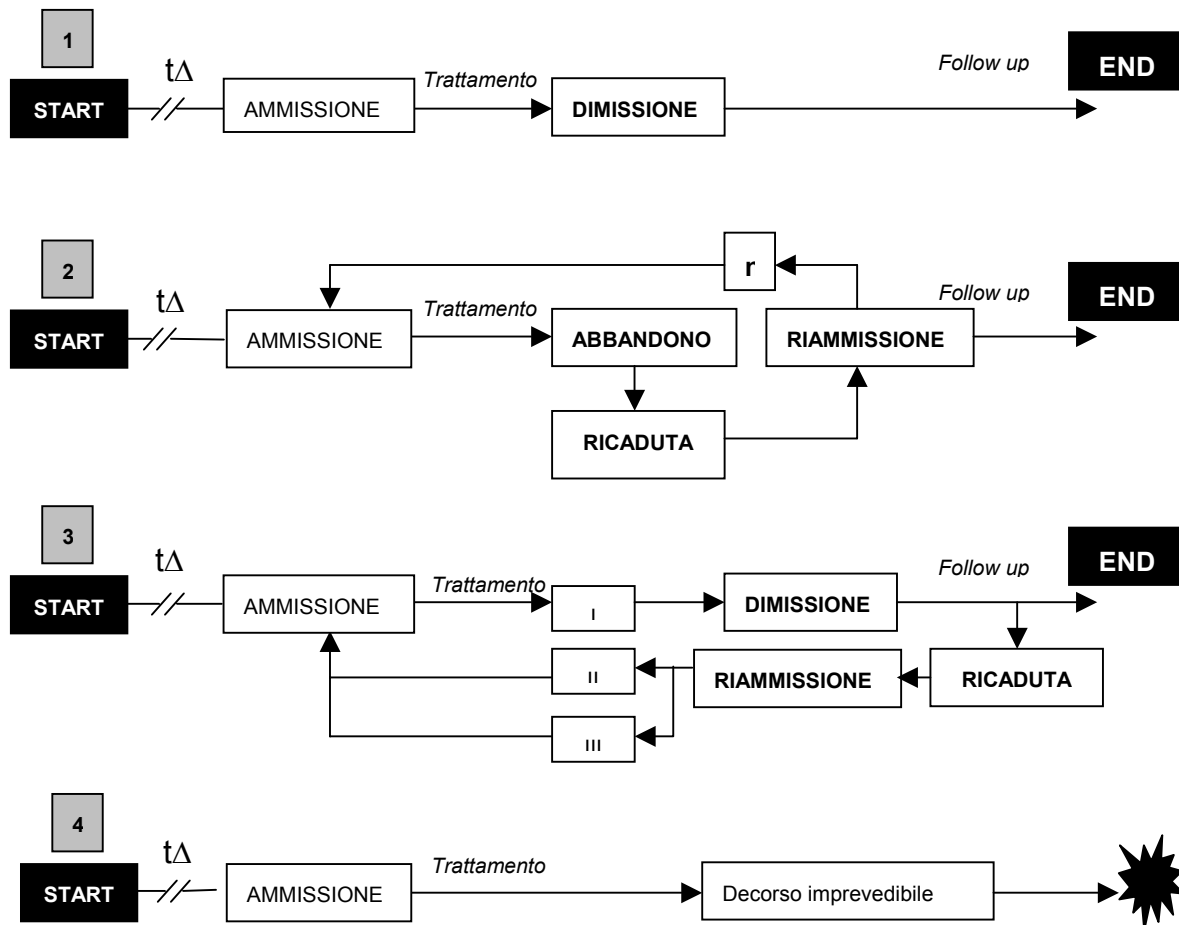
Risulta evidente che per poter realizzare uno schema di valutazione di questo tipo è necessario disporre di alcuni elementi fondamentali:

1. Strumenti di rilevazione standardizzati, semplici ed introdotti routinariamente nelle attività cliniche e preventive;
2. Metodologie e processi preventivi, terapeutici e riabilitativi "quality oriented" cioè ben strutturati ed in maniera tale da permettere sempre la valutazione quantitativa degli interventi;
3. Disponibilità e capacità dell'operatore ad acquisire ed attuare routinariamente modelli clinici scientificamente orientati, pragmatici e "quality oriented";

Nel progettare il modello di timing osservazionale va considerato che i pazienti tossicodipendenti possono avere percorsi terapeutici estremamente vari e spesso in ambienti diversi.

La figura successiva mostra alcune tipologie di percorso.

Fig. 19: Alcune tipologie di percorso terapeutico dei tossicodipendenti



Va chiarito inizialmente che l'osservazione dell'efficacia dei trattamenti presenta tre macroperiodi: il primo quando il paziente è in carico stabilmente all'unità operativa; il secondo quando lo è in maniera saltuaria e discontinua; il terzo quando non fruisce più di prestazioni sociosanitarie ma è in un periodo a rischio di ricaduta.

È chiaro che l'osservazione della variazione dello stato clinico (e di conseguenza dell'outcome) diventa obbligatoria e fattibile nel primo periodo, difficoltosa nel secondo periodo e difficilmente realizzabile in modo costante e generalizzabile a tutti i pazienti nel terzo.

Mentre per il primo periodo è possibile e necessario strutturare dei sistemi permanenti interni alle unità operative, per il secondo sarà necessario creare dei sistemi prima di tutto informativi che permettano di ricostruire i percorsi e le presenze del paziente tra le varie unità operative. Per il terzo periodo realisticamente si potrà valutare l'outcome con degli studi ad hoc, tenendo conto dei grossi vincoli posti dalla legge sulla privacy, ma soprattutto della difficoltà diagnostica di stabilire lo stato drug free di una persona nel lungo periodo. Le attuali indagini di laboratorio infatti non permettono di ricostruire con esattezza quello che è successo, in termini



di utilizzo di sostanze stupefacenti, nei cinque anni di osservazione che sarebbero necessari per stabilire la “guarigione” dopo la totale sospensione dell’assunzione.

Tab. 15: Analisi per la definizione del modello di timing osservazionale

MACROPERIODO	PRIMO	SECONDO	TERZO
TIPO DI PAZIENTE	In carico permanente	In contatto saltuario	Non in contatto, post-trattamento
STRUTTURA DI CONTATTO	Unica	Plurime	Nessuna
VALUTAZIONE DELL'OUTCOME	Obbligatoria e fattibile	Difficoltosa	Difficilmente realizzabile
SISTEMI NECESSARI	Interni all'U.O. di valutazione dell'outcome	Sistemi informativi e di valutazione dell'outcome	Studi ad hoc (difficoltà dovute alla legge sulla privacy, difficoltà di diagnosi)
TEMPO STIMATO	Breve termine (3 – 24 mesi)	Medio Lungo termine (2 – 6 anni)	Lungo termine (5- 10 anni)

Tab. 16: Tempi e periodi di osservazione dell'outcome

PAZIENTE	FASE DEL TRATTAMENTO	MONITORAGGIO	VERIFICA RAGGIUNGIMENTO OBIETTIVI	FOLLOW UP	VALUTAZIONE DELL'OUTCOME
IN ACCOGLIENZA	Presa in carico	Stadiazione della gravità clinica			
IN CARICO CON CONTATTI FREQUENTI	Fase intensiva o semintensiva	Monitoraggio clinico interno	Obiettivi a breve termine	In treatment	sistematica su tutti i pazienti in carico
IN CARICO CON CONTATTI MENO FREQUENTI SALTUARI	Riabilitativa e/o reinserimento	Monitoraggio riabilitativo interno/esterno	Obiettivi a medio termine		
NON IN CARICO	Dimissione	Monitoraggio esterno	Obiettivi a lungo termini	Post treatment (1-3-5 a.a.)	Indagini ad hoc

I tempi di osservazione (follow-up) del paziente possono quindi distinguersi “in treatment follow-up” (monitoraggio clinico interno, monitoraggio riabilitativo interno/esterno) che avviene durante le fasi di terapia intensiva o semintensiva in cui si hanno frequenti contatti con il paziente e “post treatment follow-up” (monitoraggio esterno) in cui si hanno contatti molto meno frequenti, assenti o non formali con il paziente.

Il concetto di BCS

Il Managed Care Model basa la sua modalità osservazionale su periodiche verifiche cliniche che vengono eseguite con modalità standardizzate e a frequenza predeterminata. Durante queste osservazioni viene fatto un “bilancio clinico”, utilizzando gli indicatori prima presentati, seguendo una procedura standard che permette di valutare il paziente periodicamente su tutto l’ambito sensibile all’intervento (aspetti medici, psicologici e sociali). Questo modalità di operare prende il nome di “Bilancio Clinico Standardizzato (BCS)” e necessita di una organizzazione del lavoro che permetta il richiamo semiautomatico del paziente alle scadenze predeterminate e la disponibilità dell’operatore ad eseguire tali operazioni di verifica.

In altre parole ci si dovrà concentrare, con atteggiamento pragmatico e scientifico, sul creare una modalità operativa permanente che oltre ad erogare prestazioni vada costantemente (con procedure cliniche appositamente strutturate per fornire dati e informazioni di valutazione durante tutte le operazioni di routine) a monitorare il reale stato di “salute aggiunta” che gli interventi terapeutici riescono a creare nel tempo e di incidenza di “patologia evitata” che invece gli interventi preventivi riescono ad ottenere.

Tab. 17: Sistema per la valutazione clinica globale nella tossicodipendenza (framework operativo)

N	OGGETTO DELLA VALUTAZIONE	STRUMENTO	FORMATO DI LAYOUT	Ammissione	Follow Up	Dimissione	Uso*
1	DOMANDA	Scheda Analisi della DOMANDA	Scheda con descrizione testuale e check list STD con fonte di invio.	X			M
2	BISOGNI	Scheda analisi dei BISOGNI	Check list bisogni percepiti, osservati e delta. Score con profilo grafico.	X			M
3	EVENTI PASSATI	EVENT STORY	Scheda con eventi in ordine cronologico raggruppati per area medica, psicologica, sociale, legale, ecc..	X			M
4	GRAVITÀ CLINICA GENERALE ATTUALE	CBE	score con profilo grafico in ambito tossicologico, medico, psicologico e sociale. Scostamenti t0 → t1	X	X	X	M/O
5	SALUTE FISICA	VALUTAZIONE INTERNISTICA	Scheda anamnesi ed esame obiettivo. Scheda triages infermieristico. Scostamenti t0 → t1	X	X	X	M/O
		VALUTAZIONE LABORATORISTICA funzionalità generale	Scheda sintesi LAB, tabellare e grafica con segnalazione del n. e del grado di alterazioni. Scostamenti t0 → t1	X	X	X	M/O



6	USO DI SOSTANZE	VALUTAZIONE LABORATORISTICA A assunzione di sostanze	Scheda di analisi dell'uso di sostanze (tabellare e grafica) nel tempo. Scostamenti t0 → t1	X	X	X	M/O
7	SITUAZIONE SOCIALE	SASS	Score con profilo grafico: - lavoro - reddito - situazione abitativa. Scostamenti t0 → t1	X	X	X	M/O
		SOCIAL CONFORMITY	Score con profilo grafico. Scostamenti t0 → t1				M/O
8	SITUAZIONE LEGALE	Scheda LEGALE	Scheda cronologica con descrizione STD.	X	X	X	M
9	SITUAZIONE PSICOLOGICA E/O PSICHIATRICA	PSICO	score con profilo grafico situazione generale. Scostamenti t0 → t1	X	X	X	M/O
		VALUTAZIONE PSICHIATRICA	Scheda descrittiva STD (presenza, tipologia, grado di compenso) con diagnosi sec. DSM IV.	X	X	X	M/O
		MAC/E e COGNITIVE DISSONANCE	Score e profilo grafico su frattura interiore, stadio del cambiamento, disponibilità al cambiamento.	X	X	X	M
		SELF EFFICACY SPECIFICA	Score contenuto nel MAC/E.	X	X	X	M
		AUTOSTIMA	Standard.	X	X	X	M
		AUTOCONTROLLO	Standard.	X	X	X	M
		S.C.A.R.	Standard.	X	X	X	M
		COPING SYSTEM	Standard.	X	X	X	M
10	RISCHIO E CAPACITÀ DI PREVENZIONE PATOLOGIE CORRELATE	SCHEDA rilevamento comportamenti a rischio (CAR), ceck-list overdose, infezione da HIV, livello informativo	Score e profilo grafico su comportamenti a rischio, abilità preventive specifiche e livello informativo.	X	X	X	M/O
11	FATTIBILITÀ EXANTE DEGLI INTERVENTI	SCHEDA valutazione ex-ante della FATTIBILITÀ	Ceck-list con score e profili grafico.	X			M
12	SINTESI DEI PROBLEMI ATTIVI	LISTA PROBLEMI ATTIVI per i quali si necessita ed è fattibile un intervento	Elenco problemi attivi divisi per aree logiche (tossicologica, medica, sociale, psicologica).	X	X		M

I gruppi di comparazione

Il modello osservazionale dovrà prevedere necessariamente dei confronti o con standard di riferimento di risultati attesi o con gruppi di pazienti non trattati. La costruzione di un sistema di comparazione non è cosa semplice e le tecniche a cui possiamo ricorrere sono molte ma quelle praticabili sono solo due.

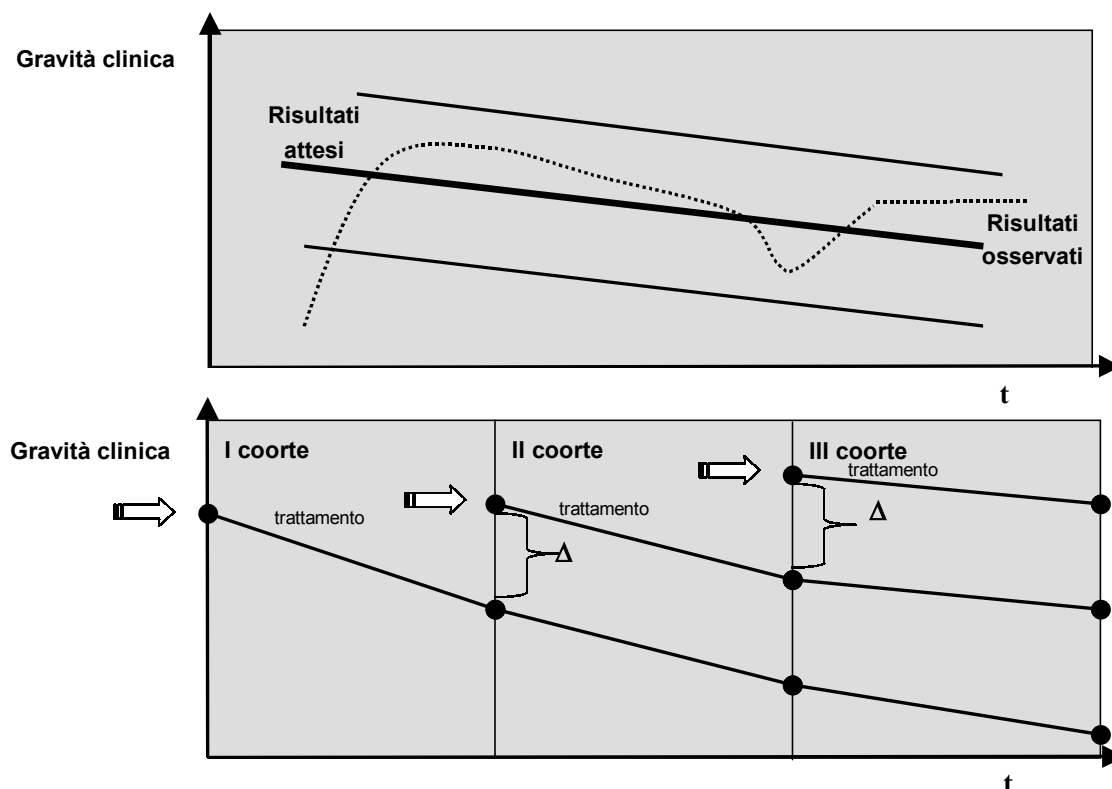
La prima è quella di costruirsi, per tipologia di gravità clinica e di risorse del paziente, delle curve di risultati attesi sulla base dello storico con cui confrontare l'andamento osservato.

La seconda è quella di utilizzare le coorti di pazienti in accoglienza, stratificate per gravità cliniche e caratteristiche di base omogenee, come gruppi di comparazione per i pazienti in trattamento.

Un'altra modalità di comparare l'outcome potrebbe essere quella di utilizzare gli scostamenti dalle situazioni rilevate all'ingresso in terapia mettendoli in relazione con le risorse impiegate e valutando lo scostamento raggiunto in condizioni di isorisorse per altri pazienti.

La definizione di standard di riferimento è estremamente problematica e richiederà un approfondito studio che al momento non è ancora disponibile e l'acquisizione di una base di dati epidemiologici consistente.

Fig. 20: Possibili modalità di comparazione dell'outcome



La matrice evolutiva

Per comprendere il movimento di insieme dei pazienti assistiti in un determinato periodo da una classe di gravità all'altra, è possibile utilizzare la "matrice evolutiva". Questa matrice consiste in una tabella a doppia entrata dove sulla prima colonna vengono indicate le classi di gravità clinica riscontrate all'ingresso e sulla prima riga le condizioni riscontrate dopo un periodo standard di trattamento.



L'incrocio dei due dati rilevati sul singolo paziente lo farà collocare in una casella specifica della matrice facendo comprendere la sua evoluzione. Tale operazione eseguita sull'insieme dei pazienti porta ad una visione generale che può essere utile come misura di outcome. Il problema principale è quello di identificare classi di gravità realmente rappresentative dello stato clinico e dell'evoluzione della malattia, per questo è possibile utilizzare delle tecniche di NGT con operatori esperti e le evidenze scientifiche riportate in letteratura.

La valutazione di insieme andrà eseguita preselezionando un gruppo da valutare tenendo conto di due criteri: il tipo di trattamento e il periodo. Tutto questo per avere più specificità di osservazione.

Fig. 21: Valutazione di insieme. Variabili di selezione del gruppo da valutare (esempio)

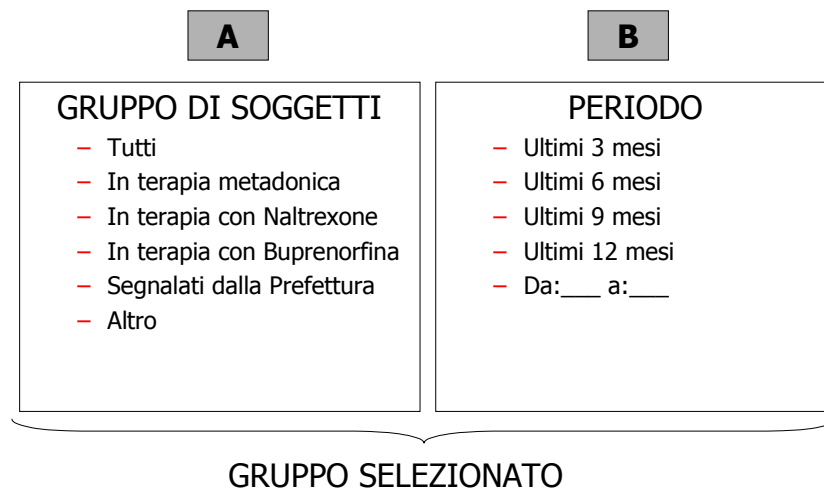


Fig. 22: Valutazione di insieme. Matrice Evolutiva

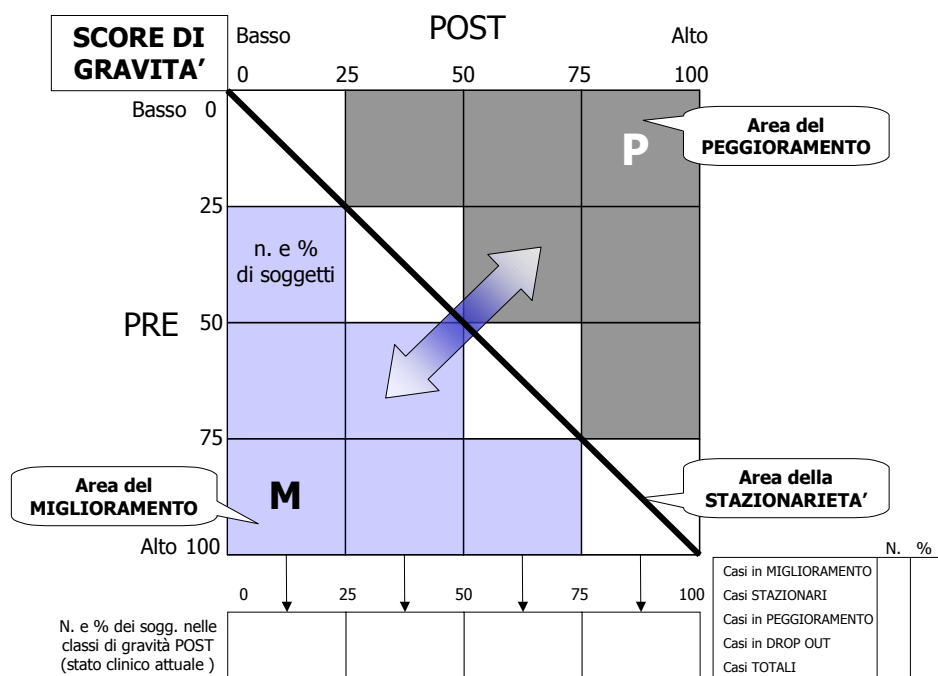


Fig. 23: Valutazione di insieme. Tabella di complemento alla Matrice Evolutiva (esempio)

AREA DI VALUTAZIONE:		N.	%	Δx Pre-Post	DURATA MEDIA (gg) DEL TRATTAMENTO	GRAVITA' CLINICA ALL'INGRESSO (score)
N. di SOGGETTI IN TRATTAMENTO		150	100	—	200	89
N. Casi in MIGLIORAMENTO		75	50	60	221	72
N. Casi STAZIONARI		25	16.6	5	180	74
N. Casi in PEGGIORAMENTO		45	30	-20	110	88
N. Sogg. DROP OUT		5	3.4	—	87	83



Fig. 24: Valutazione di insieme. Matrice Evolutiva dei casi di miglioramento

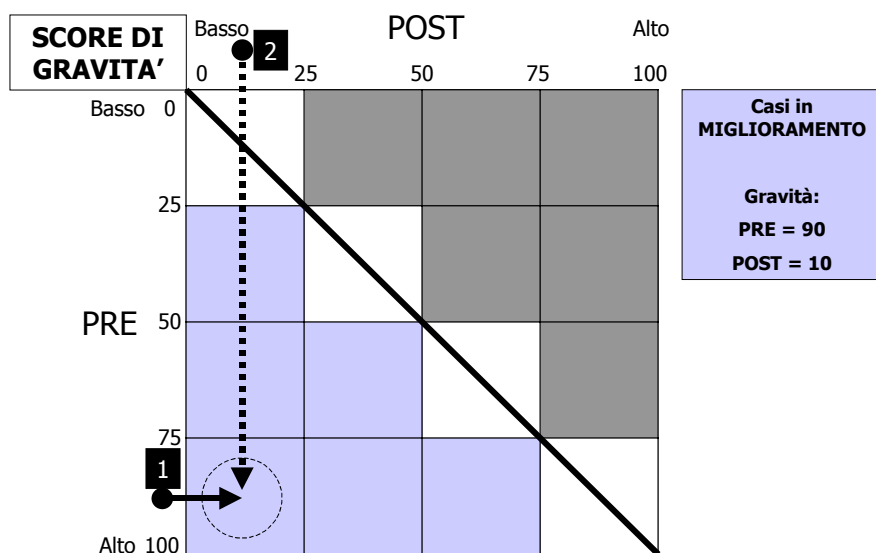


Fig. 25: Valutazione di insieme. Matrice Evolutiva dei casi stazionari

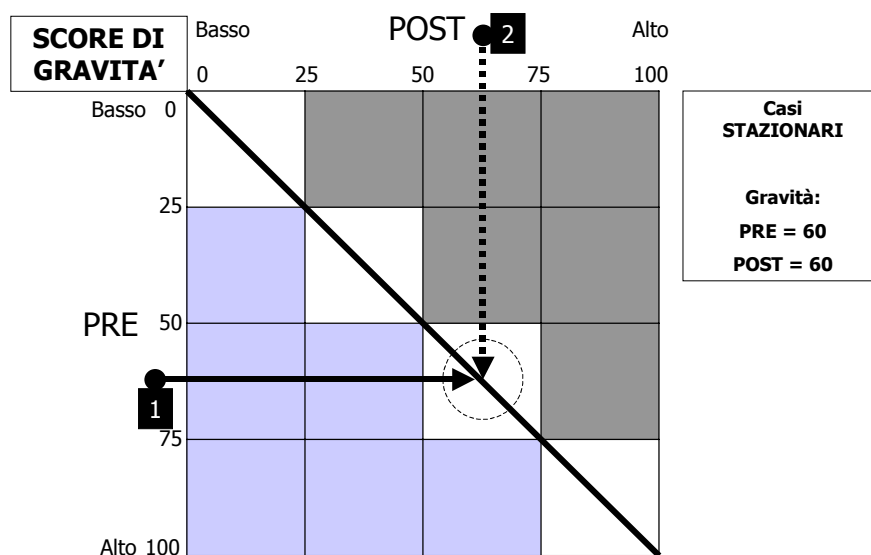


Fig. 26: Valutazione di insieme. Matrice Evolutiva dei casi di peggioramento

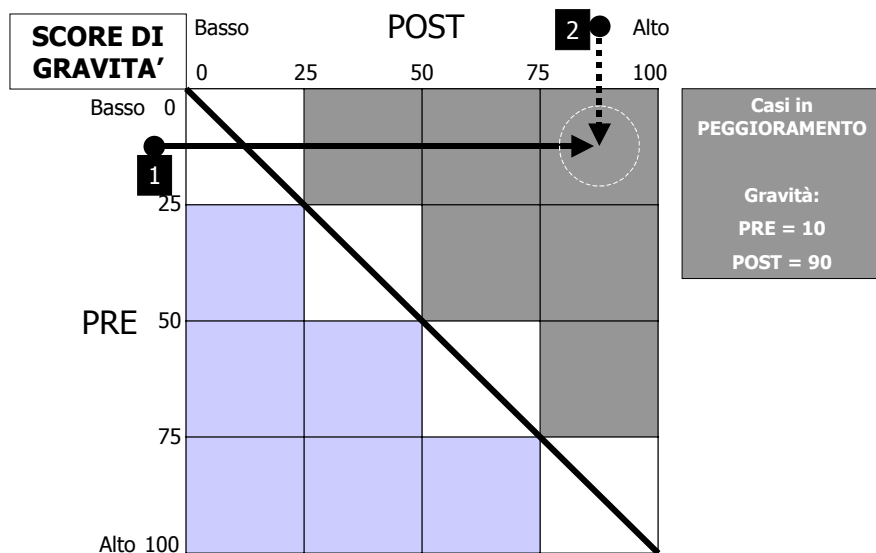
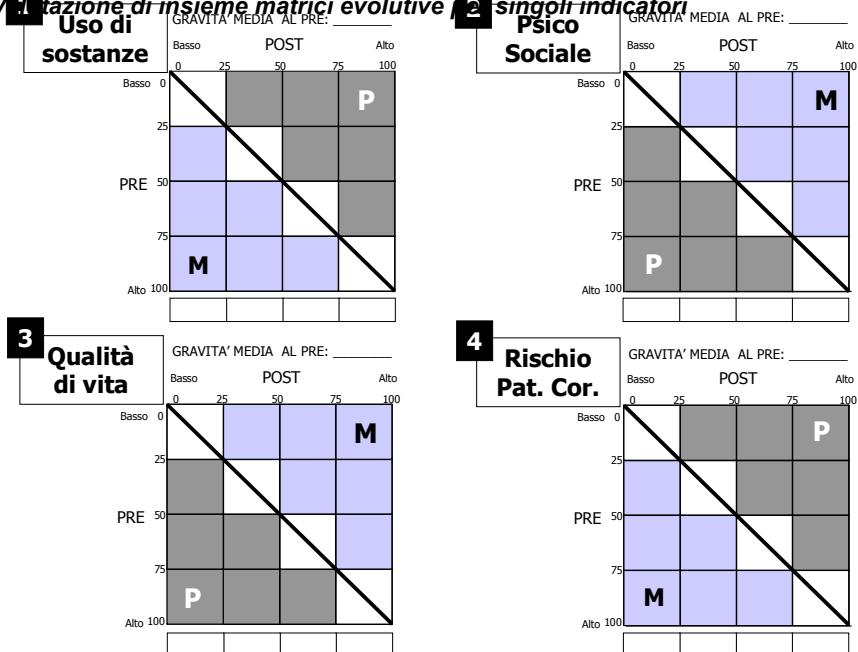


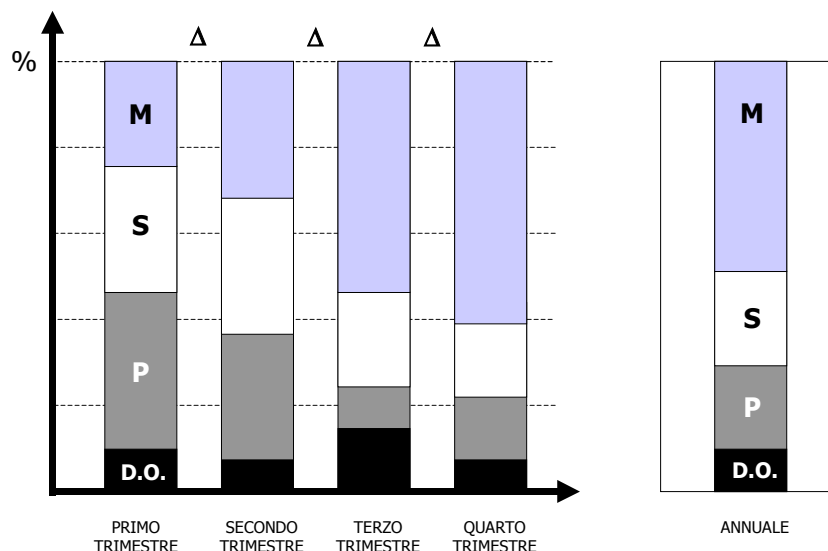
Fig. 27: Valutazione di insieme matrici evolutive / 2 singoli indicatori





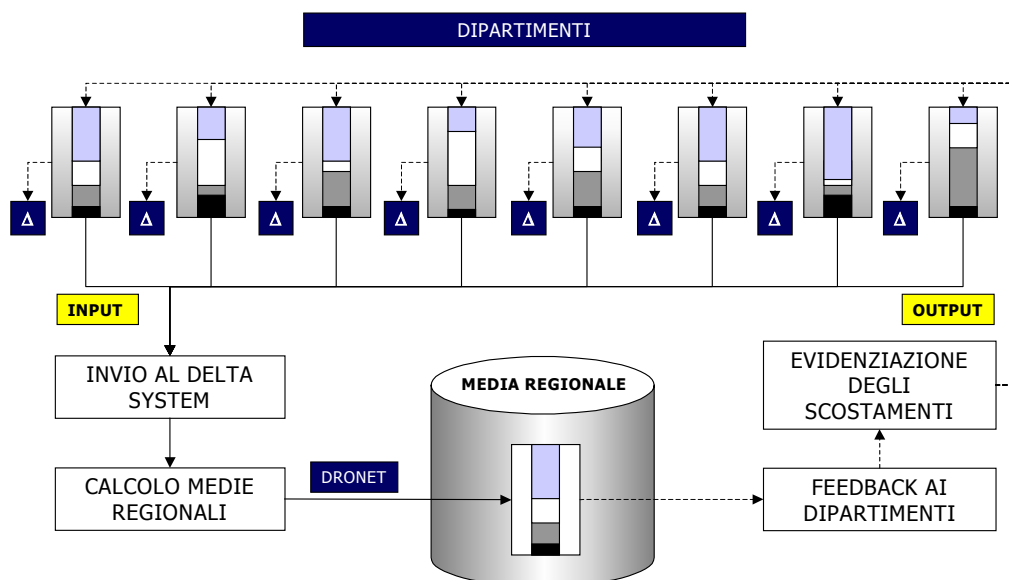
La valutazione dell'outcome deve anche essere eseguita con un'analisi dei trend temporali (variazioni nel tempo) delle classi di frequenza di gravità.

Fig. 28: Trend temporali della matrice evolutiva



Un importante problema da affrontare è la comparazione dei risultati osservati nella singola Unità Operativa con standard che in qualche modo possano far comprendere il posizionamento di tali risultati. La comparazione dei risultati di outcome (valutati su un insieme di soggetti e non individualmente) nella pratica clinica può essere eseguita utilizzando i risultati prodotti da altre Unità Operative omogenee (isorisorse, isogravità di pazienti, per lo stesso periodo temporale), con finalità di “governance” clinica e di risorse, utilizzando dei Delta System (vedi articolo specifico) che evidenzino, partendo da una media regionale di tali risultati, lo scostamento dell’U.O. in esame relativamente a tale media. Risulta chiaro che tali scostamenti devono necessariamente essere interpretati nel contesto territoriale, aziendale e funzionale che li genera. Risulterebbe fortemente scorretto utilizzare in modo meccanicistico tali informazioni senza contestualizzarle indirizzandole a finalità di problem analysis e solving più che di semplicistico “scoring del più bravo”.

La figura successiva presenta il modello generale che si può ottenere utilizzando il portale Dronet e il Delta System in esso contenuto.

Fig. 29: Matrice evolutiva e comparazione dei risultati MEDIANTE Delta System

L'APPLICAZIONE INFORMATICA MFP © E LA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME NELLA PRATICA CLINICA

La Piattaforma MultiFunzionale MFP contiene nel suo interno una specifica applicazione per la valutazione dell'outcome dei pazienti in trattamento. Tale applicazione può eseguire due tipi di valutazione:

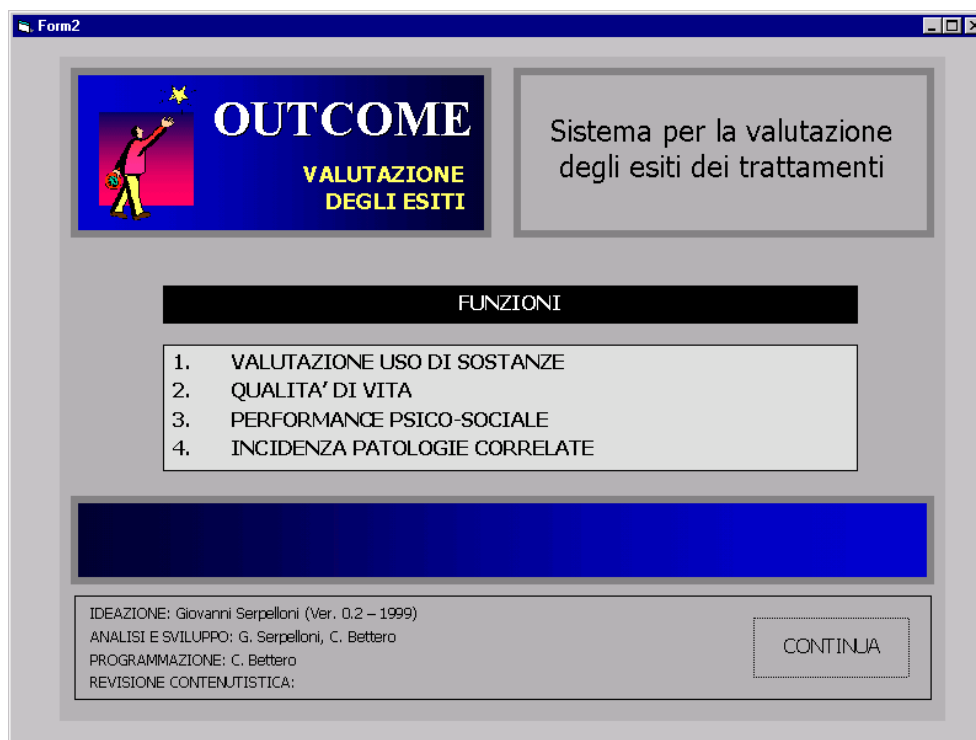
1. su singolo individuo;
2. su gruppi di individui.

Ogni valutazione può essere scansionata in un determinato periodo temporale preventivamente selezionato dall'operatore o su periodi temporali standard (trimestri).

L'applicazione è un programma che va a recuperare tutti i vari dati inseriti nel corso delle normali attività cliniche dall'operatore, eseguendo una estrazione ed una elaborazione in modo da presentare le informazioni relative agli esiti del trattamento in maniera facilmente comprensibile sia attraverso una rappresentazione numerica/tabellare che grafica.



Fig. 30: Videata dell'applicativo Outcome in MFP ©



L'applicazione, per l'elaborazione relativa all'outcome di un singolo soggetto, richiede all'operatore di identificare il periodo su cui si vuole espletare l'analisi ed esegue quindi un controllo sui dati in modo da evidenziarne l'eventuale assenza o carenza per poter eseguire una completa e precisa ricostruzione. In seguito segnala quindi i dati mancanti, entrando nel dettaglio delle carenze e mettendo quindi l'operatore nella posizione di poter integrare il data base e di poter comprendere l'affidabilità reale dell'informazione elaborata.

Fig. 31: Videata per la selezione del periodo di osservazione e analisi dei dati mancanti

Valutazione Outcome

Valutazione dell'outcome: impostare le due date per il confronto (t1, t2); verranno presi in considerazione i dati nell'arco dei due mesi precedenti a ciascuna data.

Cliente: AAAAA AAA

Data primo controllo: sabato 20 aprile 2002

Data secondo controllo: lunedì 4 marzo 2002

CONTROLLO DEI DATI DI INPUT		
1	Sostanze primaria e secondaria in anagrafica	DATI PRESENTI
2	Analisi urine per le sostanze primaria, secondarie, alcool, benzodiaz. (t1)	DATI PRESENTI
3	Analisi urine per le sostanze primaria, secondarie, alcool, benzodiaz. (t2)	DATI PRESENTI
4	SSAS nel periodo t1 (data primo controllo - 60gg)	DATI INCOMPLETI
5	SSAS nel periodo t2 (data secondo controllo - 60gg)	DATI INCOMPLETI
6	CBE nel periodo t1 (data primo controllo - 60gg)	DATI PRESENTI
7	CBE nel periodo t2 (data secondo controllo - 60gg)	DATI PRESENTI

?

ESEGUI CONTROLLO

CHIUDI

Fig. 32: Lista dei problemi riscontrati all'analisi dei dati mancanti

Log creazione outcome - problemi riscontrati nell'elaborazione

Avvertimento: Il cliente/paziente selezionato non ha eseguito esami per la sostanza 'Alcool' nel periodo iniziale.

Avvertimento: Il cliente/paziente selezionato non ha eseguito esami per la sostanza 'Benzodiazepine' nel periodo iniziale.

Avvertimento: Non sono stati somministrati SSAS al cliente/paziente nel periodo iniziale.

Avvertimento: Non sono stati somministrati SSAS al cliente/paziente nel periodo finale.

Avvertimento: Non sono stati somministrati CBE al cliente/paziente nel periodo iniziale.

Avvertimento: Non sono stati somministrati CBE al cliente/paziente nel periodo iniziale.



Fig. 33: Videata di rappresentazione dei risultati – Valutazione individuale

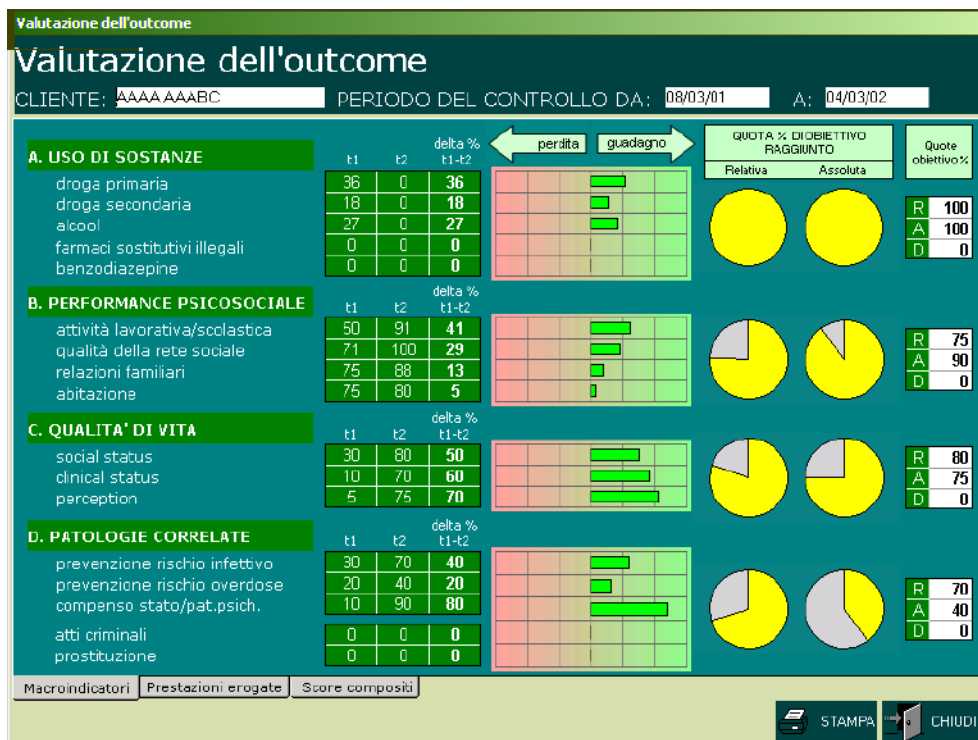
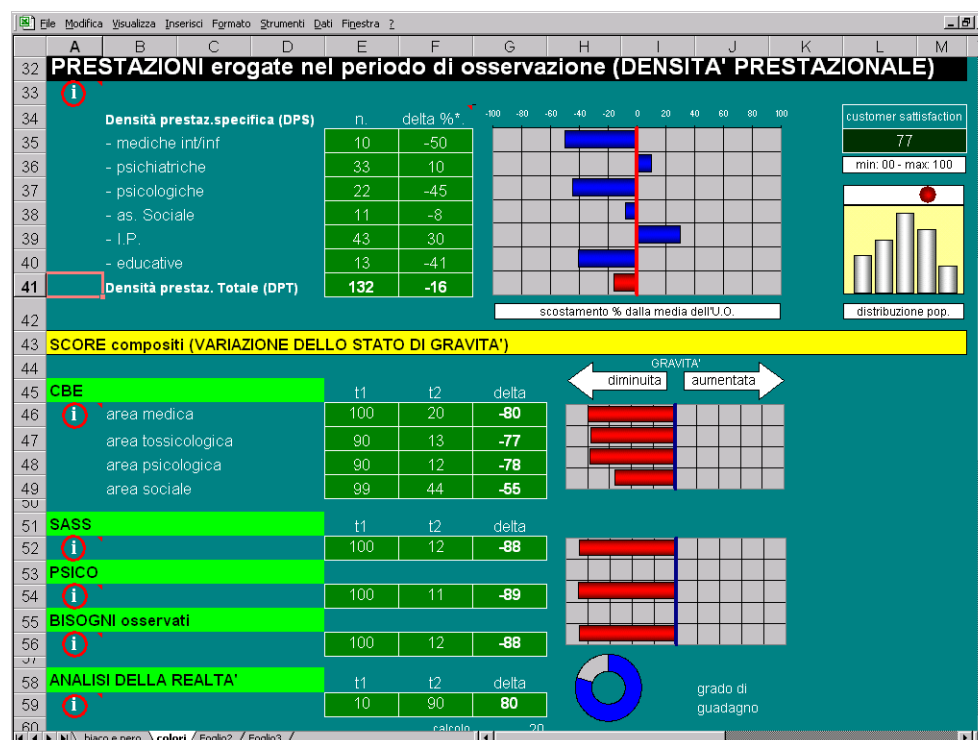
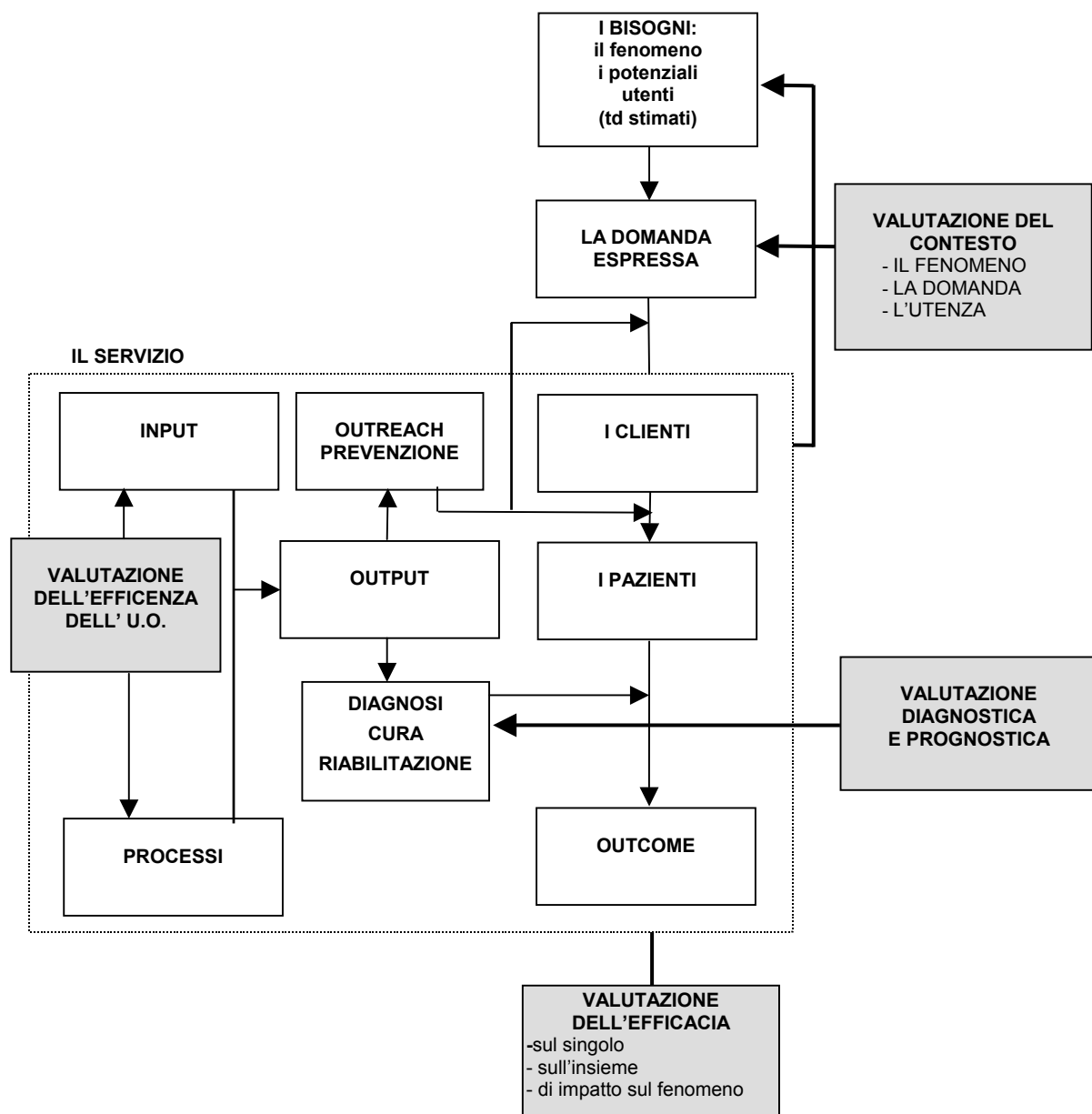


Fig. 34: Videata di rappresentazione della densità prestazionale in relazione all'outcome rilevato e dettaglio dei test di base



Come è possibile vedere la rappresentazione dell'outcome avviene, coerentemente con il modello teorico precedentemente rappresentato, attraverso i 4 macro indicatori identificati, valutando la loro grandezza ad un tempo t1 (di solito pretrattamento e rilevato all'ingresso) ed a un tempo t2 (dopo almeno 3 mesi di trattamento). Il sistema evidenzia lo score al t1 e al t2 colcolando lo scostamento e rappresentando quindi graficamente la "perdita" o il "guadagno" (barra rossa a sinistra o barra verde a destra) rispetto alla condizione di salute riscontrata all'ingresso. Il sistema calcola inoltre la quota relativa (rispetto alle condizioni di partenza presentate dal paziente) di obiettivo raggiunto e la quota assoluta di tale raggiungimento in relazione ad un obiettivo massimo teorico raggiungibile in una condizione ottimale di stato drug free con buona integrazione sociale.

Fig. 35: Aree della valutazione ed applicazione degli indicatori





CONCLUSIONI

Il modello qui presentato rappresenta la concettualizzazione generale relativamente agli argomenti della valutazione dell'outcome nelle tossicodipendenze in un contesto più generale della metodologia del Quality Management.

Lo sviluppo di sistemi avanzati di supporto all'attività assistenziale degli operatori passa necessariamente attraverso lo sviluppo di una "assistenza gestita" che gli autori hanno denominata "Managed Care Model". Non vi è dubbio che la strada da percorrere è ancora molta soprattutto se si pensa che spesso porsi nella prospettiva di valutare i propri risultati in termini di efficacia può riservare delle spiacevoli sorprese per tutti noi soprattutto per quei servizi che in questi anni hanno lavorato spesso in maniera autoreferenziale. Ma la nostra onestà intellettuale ed il rispetto per i nostri pazienti ci impongono di proseguire su questa strada sapendo che "la realtà non può essere ignorata per lungo tempo pena il vivere confinati e prigionieri della propria fantasia dove l'unico beneficiario è il sognatore che la crea". (*Peter Norton 1820*).

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
- AA.VV Prevenzione e trattamento dell'overdose da eroina e degli effetti acuti dell'ecstasy" Linee guida ed altri contributi. A cura di G. Serpelloni e F. Schifano - Edizioni La Grafica, 2000
- AA.VV Eroina, infezione da HIV e patologie correlate. A cura di G. Serpelloni, G.Rezza, M.Gomma - Leonard Edizioni, Aprile 1995
- Assessorato alle Politiche Sociali delle Regione Veneto, Le politiche regionali per una società libera dalle droghe, Ediz. La Grafica, Novembre 2000
- Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
- Borgogni L., Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni, Franco Angeli, 1999
- Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEEA, 1999
- Ceravolo R. Considerazioni preliminari coerenti con le indicazioni legislative ed il rispetto della funzionalità operativa dei singoli SerT. Comunicazione personale (dati non pubblicati) 1996
- Ciatto S., Screening in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1996
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1194
- Delany, P. J., Broome, K. M., Flynn, P. M., & Fletcher, B. W. (2001). Treatment service patterns and organizational structures: An analysis of programs in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 590-607.
- EMCDDA, Guidelines for the evolution of drug prevention, EMCDDA 1998
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drus users, emcdda, dicembre 2000
- Etheridge, R. M., Hubbard, R. L., Anderson, J., Craddock, S. G., & Flynn, P. M. (1997). Treatment structure and program services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 244-260.
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Froman B., Il manuale della qualità, Franco Angeli, 1998
- Galaif, E. R., Hser, Y., Grella, C. E., & Joshi, V. (2001). Prospective risk factors and treatment outcomes among adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 661-678.
- Grella, C. E., and Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(3), 385-406.
- Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. L. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(6), 384-392.
- Grella, C. E., Hser, Y., Joshi, V., & Anglin, M. D. (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 151-166.
- Grella, C. E., Joshi, V., & Hser, Y. (2000). Program variation in treatment outcomes among women in residential drug

treatment. *Evaluation Review*, 24(4), 364-383.

Grilli R., Penna A. e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995

Hoffman J. et al.: "The phases of treatment for methadon maintenance implementation evaluation", *International Journal of Addiction*, 29: 181-97, 1994.

Hser, Y. I., Anglin, M. D., & Fletcher, B. W. (1998). Comparative treatment effectiveness: Effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 513-523.

Hser, Y. I., Grella, C. E., Chou, C. P., & Anglin, M. D. (1998). Relationships between drug treatment careers and outcomes: Findings from the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *Evaluation Review*, 22(4), 496-519.

Hser, Y., Grella, C. E., Hsieh, S., Anglin, M. D., & Brown, B. S. (1999). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 137-150.

Hser, Y., Shen, H., Grella, C., & Anglin, D. (1999). Lifetime Severity Index for cocaine use disorder (LSI-Cocaine): A predictor of treatment outcomes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(12), 742-750.

Knight, K., Hiller, M. L., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (2000). Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, 31(1/2), 101-115.

Kristiansen, P. L., & Hubbard, R. L. (2001). Methodological overview and research design for adolescents in the Drug Abuse Treatment Outcome Studies. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 545-562.

Legge Regionale (Regione Veneto) n. 56/94 art. 24 (sui dipartimenti funzionali)

Marchiali R., Rognoni G., Cause Effetti in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994

Mastrilli F. et al. Il dipartimento nel SSN. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali ASI 5. 1996

Ministero della Sanità: "Circolare 30/IX/1994 n. 20: Linee Guida per il trattamento della dipendenza da oppiacei con farmaci sostitutivi", Bollettino per le Faramcodipendenze e l'Alcolismo, XVII:3, pp. 7-13, 1994.

Montironi M., Genova M., Riorganizzare i servizi pubblici, Sviluppo & Organizzazione, n.167, 1998

Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998

Ongaro E., Public Administration Process Reengineering - La reingegnerizzazione dei processi strumento per l'innovazione della Pubblica Amministrazione, Economia & Management 1998

Presidenza Consiglio dei Ministri - Dipartimento Affari Sociali: "Libro bianco sulle tossicodipendenze: la conferenza nazionale sulla droga". Palermo 24-26 giugno 1993.

Rizzi M.: "Coordinamento tra servizi per le tossicodipendenze e divisioni di malattie infettive per l'assistenza a pazienti con infezione da HIV", Giornale Italiano dell'AIDS, 2:3-4, 1991.

Rounds-Bryant, J. L., & Staab, J. (2001). Patient characteristics and treatment outcomes for African American, Hispanic, and White adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 624-641.

Rounds-Bryant, J. L., Kristiansen, P. L., & Hubbard, R. L. (1999). Drug Abuse Treatment Outcome Study of adolescents: A comparison of client characteristics and pretreatment behaviors in three treatment modalities. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(4), 573-591.

Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995

Simpson, D. D. & Brown, B. (Eds.) (1999). Special issue: Treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2).

Simpson, D. D., & Curry, S. J. (Eds.) (1997). Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4).

Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, K., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 279-293.

Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L., & Anglin, M. D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507-514.

Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, 1996

Valenzi C. Ipotesi di razionalizzazione dei servizi pubblici per le tossicodipendenze (Sert) Comunicazione personale (dati non pubblicati) 1996

Vetere C. I servizi ambulatoriali per il recupero del tossicodipendente: storia e problemi. Boll. Farmacodip. e Alcoolis., XIX (1) 1996.

Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999

**SITI WEB CONSULTATI**

www.datos.org

www.chhs.tcu.edu/

www.nida.nih.gov/

www.ntors.org.uk

www.emcdda.org/activities/epidem_comparability_treatment.shtml

www.health.fgov.be/WHI3/krant/krantarch99/kranttekstnov/991123m13afp.htm



UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA SCIENTIFICA SULL'OUTCOME NELLE TOSSICODIPENDENZE

Monica De Angeli

Progetto Dronet del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni

INTRODUZIONE

La diffusione di ricerche che si concentrano sulla valutazione degli esiti del trattamento nell'ambito delle tossicodipendenze è molto limitata. Soltanto negli Stati Uniti, da oltre trent'anni, c'è un'attenzione specifica anche alla valutazione degli esiti dei trattamenti riabilitativi. I risultati di questi studi assumono un ruolo basilare:

- nel definire le politiche sull'abuso di sostanze;
- nel determinare gli standard minimi per le ricerche negli Stati Uniti e all'estero;
- nello sviluppo di strumenti metodologici per valutare la presa in carico, il tipo e la durata del trattamento, il processo trattamentale e gli studi di follow-up.

In Europa, l'unico grande studio sulla valutazione dell'outcome è stato avviato in Gran Bretagna nel 1995 dal Dipartimento della Salute, prendendo spunto dagli studi condotti negli Stati Uniti.

La scarsità di ricerche europee può derivare in larga misura dai diversi significati attribuiti al concetto di valutazione. Negli USA il concetto di valutazione è molto più articolato e si possono individuare almeno tre tipologie distinte di valutazione:

- la valutazione diagnostica;
- la valutazione dei processi;
- la valutazione dell'outcome.

In Europa, invece il concetto di valutazione non è stato ancora sufficientemente esplorato e attualmente tende a coincidere con la sola valutazione diagnostica che si realizza nel momento iniziale del percorso riabilitativo. La valutazione in realtà dovrebbe essere considerata uno strumento metodologico che sostiene *l'intero* processo riabilitativo, che documenta *tutto*

quello che viene fatto e che consente di rendere intelligibile e decifrabile un qualsiasi intervento di natura riabilitativa, definendone le componenti, i processi e gli effetti (outcome).

La relazione ha la finalità di proporre una rassegna bibliografia sui principali studi esistenti sulla valutazione dell'outcome. In particolare vengono affrontati i seguenti punti:

- I progetti di ricerca:

1. *DARP*: Drug Abuse Reporting Programme
2. *TOPS*: Treatment Outcome Prospective Study
3. The six cities Methadone Maintenance Evaluation
4. *DATOS*: Drug Abuse Treatment Outcome Study
5. *NTORS*: National Treatment Outcome Research Study

- I risultati generali

6. Appendice A: lo studio *DATOS*

Tab. 1: "I progetti di ricerca sulla valutazione dell'outcome"

PROGETTI DI RICERCA	DARP	TOPS	METHADONE MAINTENANCE EVALUTATION	DATOS	NTORS
	DRUG ABUSE REPORTING PROGRAMME	TREATMENT OUTCOME PROSPECTIVE STUDY		DRUG ABUSE TREATMENT OUTCOME STUDY	NATIONAL TREATMENT OUTCOME RESEARCH STUDY
Paese	U.S.A.: 5 città	U.S.A.: 10 città	U.S.A.: 3 città	U.S.A.: 11 città	Gran Bretagna
Ente promotore e finanziatore	NIDA: National Institute Drug Abuse	NIDA: National Institute Drug Abuse	NIDA: National Institute Drug Abuse	NIDA: National Institute Drug Abuse	Department of Health Task Force (Dipartimento della Salute)
Periodo	1969-1972	1979-1981	1995-2000	1989-(ancora in corso)	1995-2000
Obiettivo	Valutazione degli esiti dei programmi di trattamento	Valutazione degli esiti dei programmi di trattamento	Valutazione degli esiti dei programmi di trattamento basati sul metadone	Valutazione degli esiti dei programmi di trattamento	Analisi dei trattamenti esistenti e monitoraggio dei progressi degli utenti seguiti
Oggetto di studio: Programmi terapeutici	Ambulatoriale con metadone a mantenimento Ambulatoriale Drug Free Residenziale Disintossicazione	Ambulatoriale con metadone a mantenimento Ambulatoriale Drug Free Residenziale Disintossicazione	Programmi ambulatoriali con metadone a mantenimento	Ambulatoriale con metadone Ambulatoriale Drug Free Residenziale e a lungo termine Residenziali Brevi	Mantenimento con metadone e scalaggio con metadone Programmi di comunità Programmi residenziali Ricovero e programmi riabilitativi
Campione	139 programmi trattamentali 44.000 utenti	41 programmi trattamentali 11.750 utenti	6 diversi programmi basati sull'erogazione di metadone a mantenimento 633 utenti	96 programmi trattamentali 10.010 utenti	54 programmi trattamentali 1075 utenti
Metodologia	Studi longitudinali	Studi di valutazione	Studi di	Studi di	Studi di



di ricerca	post-trattamento realizzati mediante studi di follow-up	del cambiamento durante il trattamento e dopo il trattamento	valutazione del cambiamento durante il trattamento e dopo il trattamento	valutazione del cambiamento durante il trattamento e dopo il trattamento	valutazione del cambiamento durante il trattamento e dopo il trattamento

LA RICERCA DARP: DRUG ABUSE REPORTING PROGRAMME

Il progetto “DARP” è stato il *primo* grande progetto valutativo *nazionale* realizzato negli Stati Uniti all’inizio degli anni settanta, in un periodo in cui il consumo di eroina era molto elevato. Finanziato dal National Institute Drug Abuse (NIDA) che si proponeva uno studio approfondito circa l’efficacia dei programmi terapeutici esistenti negli Stati Uniti, ha prodotto più di 150 pubblicazioni che hanno dimostrato l’importanza di un approccio metodologico complesso costituito da un insieme di studi tra loro consequenziali e l’importanza essenziale della ricerca su campo.

Tra il 1969 e il 1972 sono stati raccolti dati da 44.000 utenti trattati da 52 diversi enti riabilitativi finanziati dallo Stato Federale, interessando 139 programmi terapeutici. Le modalità trattamentali oggetto di studio sono state:

- trattamento ambulatoriale con metadone a mantenimento;
- trattamento residenziale in comunità terapeutiche;
- trattamento ambulatoriale drug-free;
- disintossicazione.

I dati sono stati raccolti al momento della presa in carico, ogni due mesi durante il trattamento fino alla conclusione dello stesso e si sono svolti una serie di studi follow up realizzati su sotto-campioni che hanno indagato i risultati anche fino a 12 anni dalla conclusione del trattamento.

I risultati generali più importanti rilevano che:

1. Nel follow up di sei mesi, il 61% del campione ha abbandonato l’uso giornaliero di oppiacei per almeno un anno intero o più. La partecipazione ai trattamenti successivi è associata a risultati migliori.
2. Nel follow-up realizzato dopo 12 mesi dal trattamento si evidenzia che il 64% dei pazienti in trattamento ambulatoriale con metadone a mantenimento, il 61% in trattamento residenziale a lungo termine (comunità terapeutiche) e il 56% dei pazienti in trattamento ambulatoriale Drug-Free non faceva più uso degli oppiacei.
3. Il tempo investito nel trattamento riabilitativo rappresenta il fattore predittivo più importante. I programmi trattamentali che accolgono persone che rimangono in trattamento almeno 90 giorni sono significativamente associati con risultati positivi.
4. Il trattamento che prevede la comunità terapeutica per la dipendenza da oppiacei si è rivelato essere efficace sia per la riduzione della dipendenza sia per la riduzione del comportamento criminale.

LA RICERCA TOPS (TREATMENT OUTCOME PROSPECTIVE STUDY)

Il progetto di ricerca TOPS ha perseguito due obiettivi:

- ampliare la ricerca DARP;

- fornire una panoramica di studi e sperimentazioni che focalizzassero fenomeni emergenti negli anni 80.

In tale periodo, negli Stati Uniti il consumo di eroina si abbassa ed emergono nuovi modelli di consumo e di abuso di sostanze; si impone all'interesse scientifico la comorbidità psicologica e psichiatrica; i Servizi Socio-Assistenziali che operano nel settore delle tossicodipendenze devono affrontare anche l'impatto delle conseguenze legali dei comportamenti criminali degli utenti seguiti; si accresce il bisogno di valutare i costi e l'efficacia dei trattamenti riabilitativi pubblici e privati.

Tra il 1979 e il 1981 sono stati raccolti dati da 11.750 clienti inclusi in 41 programmi trattamentali in dieci diverse città statunitensi. Le modalità trattamentali osservate in TOPS includevano:

- trattamento ambulatoriale con metadone a mantenimento;
- trattamento residenziale in comunità terapeutiche;
- trattamento ambulatoriale drug-free;
- disintossicazione.

I dati sono stati raccolti nel momento della presa in carico, 1 mese, 3 mesi, 6 mesi, 9 mesi durante il trattamento e un anno dopo la dimissione. Si sono svolti una serie di studi follow up realizzati su sotto-campioni che hanno indagato i risultati dopo 3 mesi, 1 anno, 2 anni, 3 anni e 5 anni dalla conclusione del trattamento.

I risultati generali più importanti rilevano che:

- Durante i primi tre mesi di trattamento si verifica una drastica diminuzione dei comportamenti di abuso di sostanze e nelle azioni criminali in tutte le modalità trattamentali.
- La durata del trattamento, piuttosto che il tipo di trattamento è il fattore determinante nel produrre gli esiti più favorevoli. Nello studio di follow-up realizzato dopo un anno dalla conclusione del trattamento, si è verificata una riduzione dei comportamenti di abuso, dei comportamenti criminali e dei disagi mentali solo per i pazienti che sono rimasti in trattamento almeno tre mesi.
- Qualsiasi tipologia di trattamento è efficace nel ridurre l'uso giornaliero degli oppiacei e altre sostanze illecite durante e dopo il trattamento; tale risultato conferma i dati degli studi DARF.
- I modelli di uso e consumo delle sostanze psicoattive sono cambiati negli Stati Uniti e nel decennio seguente allo studio DARF, si è verificato un minore uso di oppiacei, mentre è incrementato il fenomeno del policonsumo (primariamente stimolanti e cocaina). Comunque il 77% del campione totale ha riportato che la propria dipendenza è legata al consumo di oppiacei.
- Nel momento in cui vengono comparati i costi e l'efficacia dei programmi trattamentali si evidenzia che tali programmi sono efficaci nel ridurre anche i comportamenti criminali.
- Tra i diversi programmi di metadone a mantenimento, quelli caratterizzati da politiche di dosaggio flessibile, personale specializzato, frequente monitoraggio degli esami delle urine e dalla possibilità di offrire servizi integrati e complessi più frequentemente hanno riportato un numero più basso di pazienti ricaduti.
- Nello studio di follow-up realizzato dopo un anno dalla conclusione del trattamento, si è verificata una riduzione dei comportamenti di abuso, dei comportamenti criminali e dei disagi mentali solo per i pazienti che sono rimasti in trattamento almeno tre mesi.



LA RICERCA “THE SIX CITIES METHADONE MAINTENANCE EVALUTATION”

Il progetto di ricerca “Methadone Maintenance Evalutation” condotto dai ricercatori John C. Ball e Alan Ross ha raccolto durante l'arco temporale di cinque anni (1995-2000) i dati da 633 pazienti inclusi in 6 diversi programmi terapeutici basati sull'assunzione del metadone a mantenimento in tre città statunitensi: New York City, Philadelphia e Baltimora.

Lo studio ha cercato di determinare le componenti della cosiddetta “scatola nera del trattamento riabilitativo” per comprendere che cosa rende efficace un trattamento basato sul metadone rispetto ad un altro. Per ogni programma terapeutico, sono state raccolte informazioni dettagliate circa l'ambiente di provenienza dei pazienti (città, quartieri, periferie), i dati relativi al numero di persone tossicodipendenti del luogo di provenienza dell'utente seguito, le caratteristiche del programma terapeutico proposto, la costituzione dello staff amministrativo, le caratteristiche del servizio erogatore di metadone, i servizi di counseling, i servizi medici integrati offerti, le politiche sociali locali, le pratiche amministrative e le procedure. Ognuno di questi elementi è stato ulteriormente descritto, classificato e misurato durante la raccolta e l'analisi dei dati. Allo scopo di accertare l'efficacia dei trattamenti, i ricercatori hanno studiato sia le caratteristiche dei programmi, il luogo e l'ambiente dove si sono realizzati, e le caratteristiche delle persone che ne hanno usufruito.

I determinanti dell'efficacia del trattamento

Allo scopo di determinare se il trattamento fosse efficace, sono stati definiti specifici indicatori di risultato:

- la misura in cui i comportamenti di abuso di sostanze si sono ridotti o eliminati come conseguenza del trattamento;
- la misura in cui i comportamenti criminali si sono ridotti o eliminati come conseguenza del trattamento.

Nell'esaminare i comportamenti di abuso di sostanze psicoattive, i ricercatori hanno formulato per ogni singolo paziente, delle base-line comparative, relative a ciascun periodo della vita del paziente che valutano il tipo di vita condotto dal paziente prima dell'ammissione al programma riabilitativo, le caratteristiche del comportamento di abuso durante l'ultimo periodo di dipendenza e i cambiamenti avvenuti nel comportamento di abuso *durante* il trattamento.

I ricercatori hanno dimostrato che da un punto di vista statistico le analisi multivariate rappresentano il metodo migliore nel rilevare le variabili che contribuiscono in misura maggiore nel dare esiti positivi. I dati evidenziano tre variabili associate all'efficacia del trattamento: le caratteristiche del paziente (razza, età di inizio dei comportamenti di abuso, il passato di tossicodipendente e il comportamento criminale) che tuttavia hanno un minore impatto se confrontate con le componenti del programma riabilitativo e le variabili di processo.

I risultati generali più importanti rilevano che:

- I trattamenti riabilitativi con metadone a mantenimento danno esito favorevole ai pazienti che rimangono in trattamento almeno un anno. Più della metà dei pazienti che non riescono a superare i tre mesi di percorso riabilitativo, rischiano fortemente di ricadere nell'uso di droghe per via iniettiva e l'82% di essi perpetua i comportamenti di abuso entro l'anno.
- Il 79% dei pazienti che rimangono in trattamento almeno per sei mesi e che hanno compiuto in passato atti criminali, si distinguono per la cessazione di tali comportamenti.
- Lo studio di follow-up realizzato dopo cinque anni dalla conclusione del trattamento, evidenzia che il 71% dei pazienti che sono rimasti più a lungo in trattamento metadonico a mantenimento non fa più uso di droghe per via iniettiva. Questa percentuale in realtà cambia ampiamente a seconda dei sei

programmi considerati con un range che va da una percentuale di successo del 90,2%, ad una percentuale molto più bassa del 42.9%.

- Si rileva che i programmi trattamentali che danno esiti più favorevoli sono caratterizzati dalla possibilità di offrire percorsi riabilitativi basati sul mantenimento a lungo termine e dalla possibilità di offrire anche prestazioni di counseling.

LA RICERCA DATOS (DRUG ABUSE TREATMENT OUTCOME STUDY)

La progettazione DATOS è un programma di ricerca nazionale che ha la finalità di valutare gli esiti dei programmi di trattamento per le tossicodipendenze negli Stati Uniti. Ha avuto inizio nel 1989 ed è tuttora in corso. La complessità della ricerca richiede un approfondimento che si ritiene necessario collocare nell'appendice A.

LA RICERCA NTORS: NATIONAL TREATMENT OUTCOME RESEARCH STUDY

Il progetto "NTORS" è il *più grande e importante* progetto valutativo *nazionale* sugli esiti dei trattamenti riabilitativi esistenti in Gran Bretagna. È stato avviato nel 1995 dal Dipartimento della Salute e si pone tre obiettivi:

- monitorare i progressi dei pazienti inclusi nei programmi terapeutici;
- conseguire una panoramica dei diversi programmi riabilitativi nell'ambito delle tossicodipendenze;
- produrre informazioni utili nel definire adeguate politiche sul consumo e abuso di sostanze.

L'esperienza di questo studio prende spunto dagli studi condotti negli Stati Uniti (in particolare il progetto DATOS) che evidenziano l'efficacia dei programmi riabilitativi nel ridurre i comportamenti di abuso e i comportamenti criminali.

I risultati di questo studio anche se molto simili ai dati riscontrati negli Stati Uniti, rilevano delle differenze relative al contesto socio-culturale.

In Gran Bretagna c'è ancora un'elevata diffusione dell'eroina, il consumo di stimolanti, anfetamine e crack costituisce un problema non trascurabile e le informazioni rilevate durante l'ammissione delle persone ai programmi rilevano seri problemi legati anche alla dipendenza dall'alcool e polidipendenza.

Nel 1995 sono stati raccolti dati da 1.075 utenti inclusi in 54 programmi terapeutici. I trattamenti oggetto di studio sono stati:

- programmi residenziali;
- ricovero e programmi riabilitativi;
- programmi di comunità;
- mantenimento a metadone e scalaggio con metadone.

Ogni anno, dal 1995 al 2000 si sono realizzati studi di follow-up per evidenziare lo stato del paziente e gli eventuali progressi.

Il campione è costituito dal 74% di uomini con un'età media di 29.3 anni (con un range da 16 a 58 anni). Quasi un terzo (28%) si dichiara sposato o stabilmente legato ad un'altra persona; il 30% dichiara una relazione e la maggior parte (42%) dichiara la situazione di single. Quasi la metà (47%) è genitore. Solo il 12% dichiara di avere un lavoro nel momento dell'ammissione e la maggioranza (82%) riporta che negli ultimi due anni è rimasta disoccupata. Il problema più frequentemente riportato è la dipendenza da eroina (49%) spesso associato con



problemi di polidipendenza e dipendenza alcolica che si rileva essere un problema molto pesante che colpisce quasi i due terzi del campione. Per quanto riguarda i comportamenti delinquenziali, il 61% riporta di aver commesso furti e rapine nei precedenti tre mesi all'ammissione. Molti soggetti riportano problemi psicologici (sintomi ansiosi, depressioni, pensieri suicidari) e fisici. I dati riportano che quasi la metà dei pazienti entrati in trattamento, nei due anni precedenti, si è rivolta al pronto soccorso non per i problemi legati all'uso di sostanze, ma per incidenti connessi al consumo di sostanze in grado di alterare lo stato psichico.

I risultati più importanti si riscontrano nella riduzione dei comportamenti di abuso, nel miglioramento della salute fisica e psicologica e nella riduzione dei comportamenti criminali.

- Il periodo più critico è quello dei primi novanta giorni, se le persone superano questa "soglia" con maggiore probabilità il trattamento è in grado di sollecitare esiti positivi.
- A sei mesi e un anno, i pazienti mostrano un miglioramento nei comportamenti di uso di sostanze e nei comportamenti criminali; quest'ultimi si riducono in modo drastico.
- Dopo due anni dalla conclusione del trattamento si evidenzia che la percentuale di astinenza è superiore di due volte rispetto il momento del reclutamento; si ha una considerevole diminuzione dei clienti che usano eroina regolarmente e anche una diminuzione della quantità di eroina utilizzata (l'uso quotidiano diminuisce del 45%). Quasi la metà dei pazienti è astinente da oppiacei, un terzo è astinente a tutte le sostanze illecite comprese anfetamine e benzodiazepine non prescritte.
- Si riscontrano differenze nelle caratteristiche e nei problemi dei clienti che aderiscono ai diversi programmi trattamentali; ad esempio, i soggetti che rimangono in programmi di comunità per due anni conseguono gli esiti migliori soprattutto in relazione alla gravità e alla cronicità dei diversi problemi presentati e si verificano importanti miglioramenti nell'ambito psicologico, della salute e dei comportamenti criminali.
- L'esito sui pazienti trattati in programmi di comunità a metadone riscontra un picco di miglioramento a sei mesi ma rispetto ai programmi residenziali è meno marcato e la riduzione nell'uso di sostanze tende a mantenersi, mentre solo una minoranza del 30% raggiunge l'astinenza a due anni.
- I dati emersi per quanto riguarda la riduzione del bere si sono rilevati piuttosto modesti.
- Nel corso di due anni le attività criminose diminuiscono in modo costante e marcato fino al 70%.

I RISULTATI GENERALI

Come si è visto, i progetti di ricerca nell'ambito della valutazione sugli esiti del trattamento sono piuttosto limitati poiché ingente è il patrimonio finanziario richiesto per pianificare e implementare studi di tale portata, e l'aspetto della formazione specialistica del personale addetto alla raccolta, all'elaborazione e interpretazione dei dati ottenuti richiede un'attività complessa di valutazione e monitoraggio.

L'impiego di tali risorse però trova riscontro sui risultati conseguiti da tali studi: le informazioni ottenute rilevano che *il trattamento produce dei cambiamenti nei comportamenti di abuso di sostanze psicoattive, sia durante il trattamento che durante il post-trattamento*. Tuttavia è necessario evidenziare la complessità dei molti fattori che insieme determinano gli esiti dei trattamenti. Per queste ragioni, i risultati generali che sono riportati di seguito sono utili per stimolare questioni complesse circa l'efficacia dei trattamenti, ma non indicano quale dei programmi comporta un numero di benefici più elevato e perché. Queste sono questioni

affrontate da altri studi specialistici e che attualmente sono in corso nel Dipartimento delle Scienze del Comportamento diretto dal Professor Simpson presso la "Texas Christian University", di Dallas.

In generale, si desume che qualsiasi tipologia di trattamento è efficace nel ridurre l'uso giornaliero delle sostanze, in particolare oppiacei, durante e dopo il trattamento.

Nel complesso, gli indicatori di risultato relativi all'uso di droghe, attività illegali, disagio psicologico si riducono in media del 50%.

I pazienti che rimangono per più di tre mesi in trattamento (nei programmi residenziali a lungo termine) e più di dodici mesi (nei programmi ambulatoriali con metadone) riportano significativi risultati negli studi follow-up.

Il periodo più critico è rappresentato dai primi novanta giorni; se le persone superano questa "minima soglia ritentiva" con maggiore probabilità il trattamento è in grado di sollecitare esiti positivi nel ridurre o eliminare i comportamenti di abuso. Pertanto il tempo investito nel trattamento riabilitativo rappresenta il fattore predittivo più importante. Più alta è la ritenzione in trattamento più elevata è la probabilità che il trattamento possa dare esito favorevole.

La durata del trattamento, piuttosto che il tipo di trattamento è il fattore determinante nel produrre gli esiti più favorevoli. Gli studi di follow-up realizzati dopo un anno dalla conclusione del trattamento evidenziano in generale, una riduzione dei comportamenti di abuso, dei comportamenti criminali e dei disagi mentali solo per i pazienti che sono rimasti in trattamento almeno tre mesi.

I programmi che più si sono rilevati essere efficaci nel conseguire un tasso di ricadute più basso si distinguono per diversi indicatori quali: attenzione alla relazione tra pazienti e consulenti, la possibilità di offrire una vasta gamma di servizi tra loro diversificati e una maggiore soddisfazione da parte dei clienti fruitori dei programmi.

Gli studi "Datos" attualmente ancora in corso rilevano però che devono essere segnalate differenze sostanziali tra i pazienti ammessi ai diversi programmi terapeutici (e si devono segnalare anche altre variazioni tra programmi dello stesso tipo) così come la variabile "durata del trattamento" deve essere accuratamente valutata.



APPENDICE A

LA RICERCA DATOS (DRUG ABUSE TREATMENT OUTCOME STUDY)

La progettazione DATOS è un programma di ricerca nazionale che ha la finalità di valutare gli esiti dei programmi di trattamento per le tossicodipendenze negli Stati Uniti. Il piano di ricerca di DATOS, iniziato nel **1989**, si basa sui risultati delle ricerche effettuate negli ultimi 30 anni. In buona parte dei casi si è trattato di ricerche nazionali longitudinali finanziate dal NIDA (National Institute on Drug Abuse). In particolare, hanno contribuito due studi:

- Drug Abuse Reporting Programme (DARP)
- Treatment Outcome Prospective Study (TOPS).

Il progetto di ricerca è stato costruito ed implementato in concertazione tra quattro enti, ognuno dei quali pianifica le proprie ricerche approfondendo un particolare ambito.

L'Istituto Nazionale di Sviluppo e di Ricerca (NDRI) funziona in qualità di Centro coordinatore ed è uno dei quattro Centri di ricerca DATOS. Gli altri tre sono costituiti da:

Texas Christian University (TCU) Institute of Behavioral Research (IBR) a Fort Worth	University of California Los Angeles (UCLA) – Drug Abuse Research Center (DARC)	National Institute on Drug Abuse (NIDA)
Esamina i fattori associati all'accettazione e al mantenimento del trattamento;	Studia i percorsi della dipendenza e del trattamento;	Esamina le implicazioni per le politiche pubbliche associate alla natura variabile dell'efficacia del trattamento della tossicodipendenza.
In qualità di centro coordinatore, l'Istituto (NDRI) è responsabile per l'archiviazione dei database e della documentazione degli studi DATOS e salvaguardia delle informazioni per i successivi studi di follow-up.		

Gli studi della progettazione "Datos", comparando i risultati conseguiti dal programma DARP degli anni settanta e i risultati conseguiti dal programma TOPS degli anni 80, fotografano la situazione negli Stati Uniti per quanto riguarda i modelli di uso e consumo di sostanze illegali e le risposte trattamentali che vengono fornite dai Servizi Socio Assistenziali. L'elevato numero dei programmi trattamentali rappresentano in questo campo di ricerca, un importante spartiacque che getta luce sui cambiamenti che avvengono nel modo di affrontare e approntare trattamenti e servizi. Importanti cambiamenti nei programmi elaborati dai servizi negli ultimi trent'anni riflettono i cambiamenti intervenuti nei modelli di uso e di consumo di sostanze psicoattive, l'aumento drammatico del consumo di cocaina, la comorbidità psicologica e psichiatrica, i problemi legali che spesso riportano i soggetti in carico ai servizi, l'aumento dell'età dell'utenza che fa uso di eroina, ecc.

Gli studi sulla valutazione dei trattamenti hanno contribuito significativamente ad aumentare la conoscenza scientifica circa l'efficacia dei programmi, contribuendo attivamente a modificare le politiche sociali. Questi studi gettano luce sui cambiamenti che sono avvenuti in questi anni sull'uso e consumo di sostanze, sulla popolazione che ne fa uso, e forniscono linee guida per la programmazione e l'erogazione di servizi. La progettazione "DATOS" continuerà questo lavoro rilevando e studiando una vasta gamma di questioni scientifiche di rilevanza politica. I cambiamenti in atto si riscontrano nei diversi profili delle persone che fanno uso di sostanze, nella scelta delle droghe, nell'accessibilità ai servizi. Questi, sono cambiamenti che nei prossimi anni implicheranno uno studio approfondito sia da parte dei ricercatori sia da coloro che hanno il compito di pianificare i programmi di trattamento per i prossimi anni.

Metodologia

Sono stati scelti novantasei programmi di trattamento in undici città degli Stati Uniti. Tali programmi riflettono l'accessibilità e la disponibilità dei servizi che vengono proposti al pubblico. La localizzazione geografica, il tipo di programma, così come la tipologia dei clienti sono stati valutati nel definire il piano di campionamento.

Campione di ingresso

Il campione è costituito da 10.010 persone che hanno fatto parte di 96 programmi partecipanti al progetto DATOS durante il periodo 1991-1993. Tale campione è formato dal 66% di maschi; il 47% da Africani Americani e il 13% da Ispanici, con una età media di 33 anni. Queste e altre caratteristiche circa la popolazione bersaglio sono diverse a seconda delle modalità che riflettono programmi terapeutici e operazionali che variano a seconda del contesto considerato.

Per quanto riguarda il campione di studio follow-up, le 4.229 persone che hanno completato le interviste iniziali sono state selezionate per lo studio di follow up (si è ricorsi ad un campione randomizzato). Nel complesso, 3.147 persone sono state individuate (70%) e 2.966 di queste sono state intervistate con successo (70%); 64 persone sono decedute (1.5%) e 117 persone si sono rifiutate di partecipare. Le variabili genere, razza ed età media non sono significativamente diverse tra il campione di ingresso e i campioni considerati negli studi di follow-up.

La raccolta dei dati

Per la raccolta dei dati è stata utilizzata una metodologia che ha previsto una serie di misurazioni ripetute, associando livelli dettagliati e gruppi di comparazione multipli. Le diverse modalità di raccolta dati includevano un'insieme di strumenti standardizzati raccomandati dagli esperti clinici e molte delle misurazioni sono state costruite sulla base di precedenti studi di follow-up.

La presa di incarico 1 la presa d'incarico 2 sono state condotte da intervistatori appositamente addestrati (la formazione è durata per una settimana) e attraverso interviste strutturate hanno approfondito i seguenti ambiti:

- caratteristiche demografiche;
- tipo di impiego, curricula vitae professionale e reddito;
- stile di vita, genitorialità;
- precedenti penali;
- salute mentale e diagnosi psichiatrica;
- condizioni di salute;
- livello di uso e consumo di droghe e alcool prima del trattamento;
- sostanza utilizzata con maggior frequenza e tipologia della dipendenza;
- comportamenti a rischio di HIV;

Durante il trattamento le interviste venivano somministrate dopo un mese dalla presa in carico, e ancora dopo tre e sei mesi. Le domande erano relative anche all'erogazione dei servizi e la soddisfazione del cliente.

Le interviste di follow up sono state somministrate dodici mesi dopo dal termine del trattamento (in particolare, per le persone in trattamento metadonico, che hanno usufruito di un programma di oltre dodici mesi, le interviste di follow up sono state somministrate dopo 24 mesi dal termine del trattamento).



Ai consulenti e ai responsabili di 75 programmi trattamentali selezionati sono stati somministrati questionari relativi ai processi del trattamento. L'invio è avvenuto approssimativamente otto mesi dopo la raccolta dei dati relativi al programma in corso. Le domande riguardavano la natura del programma e la struttura terapeutica, la filosofia, la disponibilità dei servizi, la politica, la composizione dello staff, la pianificazione del trattamento e il tipo di cura somministrata. Ai responsabili dei programmi è stato chiesto di specificare il tipo di organizzazione e il tipo di finanziamento. Nel complesso 71 questionari (95%) sono stati completati.

Procedure

Sono stati assunti intervistatori appositamente addestrati per condurre e raccogliere le informazioni relative alla presa in carico dei clienti e allo scopo di assicurare che i programmi non fossero condizionati o influenzati dalla ricerca in corso. Intervistatori professionisti hanno condotto studi di follow up nella comunità. Il controllo "qualità" delle procedure è stato previsto in ogni singolo momento del processo.

Per ogni intervista avvenuta durante la presa in carico e durante il trattamento, il fruitore del trattamento ha ricevuto 10 dollari e per le interviste follow-up, 15 dollari.

I programmi di trattamento

Programmi ambulatoriali con metadone (OMT): I programmi di trattamento ambulatoriale con metadone prevedono la somministrazione del farmaco per ridurre il craving per l'eroina, colloqui di counseling e servizi di case management. Alcuni di questi programmi prevedono la somministrazione del metadone a mantenimento, altri ricorrono al metadone per bloccare l'astinenza, tuttavia tutti i programmi prevedono una durata di almeno due anni. Nel campione si considerano programmi riabilitativi all'interno di cliniche private, programmi di comunità residenziali del settore non-profit, cliniche ospedaliere, e servizi territoriali. Nel campione della ricerca DATOS erano previsti 29 programmi che prevedevano 1540 pazienti.

Programmi residenziali a lungo termine (LTR): questi programmi propongono trattamenti residenziali con una durata variabile da quattro a due anni. Tali programmi, nella ricerca Datos, includono comunità terapeutiche tradizionali, comunità terapeutiche alternative e altri programmi che richiedono un trattamento di tipo residenziale. La maggior parte dei trattamenti prevede che i pazienti rimangano in programma almeno per nove mesi. Nella ricerca Datos sono inclusi 21 programmi residenziali con 2774 pazienti.

Programmi ambulatoriali Drug-Free (ODF): Questi programmi sono costituiti da una vasta gamma di approcci terapeutici diversi quali: l'approccio cognitivo-comportamentale, l'approccio insight-oriented, l'approccio di accompagnamento e l'approccio tradizionale costituito da 12 steps. Questi programmi prevedono che i pazienti rimangano in trattamento almeno per tre mesi. La maggior parte pianifica una durata di almeno sei mesi o più. In questa categoria sono incluse comunità terapeutiche che organizzano trattamenti ambulatoriali Drug-Free, programmi comunitari del settore non-profit, programmi di salute mentale che prevedono un trattamento breve, e programmi di organizzazioni private for-profit. Nella ricerca Datos sono previsti 32 programmi ambulatoriali Drug-Free con 2574 clienti.

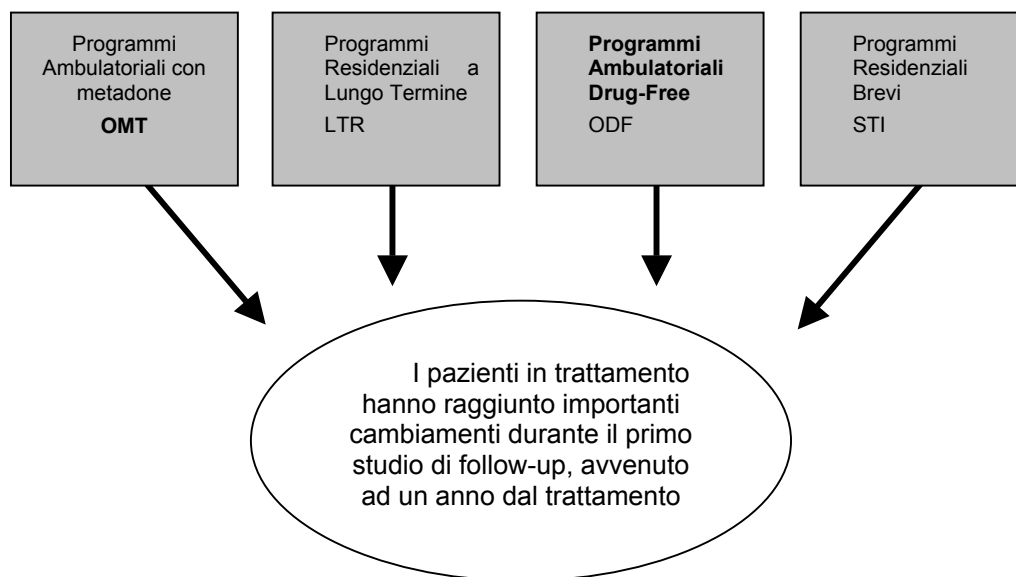
Programmi residenziali brevi (STI): Questi programmi generalmente prevedono un trattamento residenziale fino ad un massimo di 30 giorni, con un'attenzione specifica alla stabilizzazione medica, all'astinenza e ai cambiamenti nello stile di vita del paziente. Tali programmi includono trattamenti organizzati a livello pubblico e privato, programmi ospedalieri pubblici e privati e programmi comunali. A causa dei cambiamenti avvenuti nelle coperture assicurative e grazie ad una tendenza nazionale verso il "managed care" (pianificazione assistenziale) durante la fase esecutiva del progetto Datos, la durata dei trattamenti si è ulteriormente ridotta. Attualmente la maggior parte dei programmi STI al momento sono stati

chiusi o convertiti in altri tipi di servizi. Nella ricerca Datos sono previsti 14 programmi STI con 3122 pazienti.

Lo studio follow-up dopo un anno dal trattamento

I pazienti inseriti attraverso i diversi programmi riabilitativi nella ricerca Datos hanno raggiunto notevoli cambiamenti registrati nello studio follow-up avvenuto dopo 12 mesi dal trattamento (campione N= 2966).

Fig. 2: Follow-up dopo un anno dal trattamento



Nel complesso, gli indicatori di risultato relativi all'uso di droghe, attività illegali, disagio psicologico si sono ridotti in media del 50%. Tuttavia devono essere segnalate differenze sostanziali tra i pazienti ammessi ai diversi programmi trattamentali (si devono segnalare anche altre variazioni tra programmi dello stesso tipo) così come la variabile "durata del trattamento" deve essere accuratamente valutata. Per queste ragioni, i risultati generali che sono riportati di seguito sono utili per stimolare questioni complesse circa l'efficacia dei trattamenti, ma non indicano quale dei programmi comporta un numero di benefici più elevato e perché. Queste sono questioni affrontate da altri studi che attualmente sono in corso.

Programmi Ambulatoriali con metadone: OMT

Nel campione della ricerca DATOS erano previsti 29 programmi che prevedevano 1540 pazienti. Il 60% del campione è costituito da persone di sesso maschile; il 52% è costituito da persone di razza afro-americana o ispanica. L'82% ha in media più di trent'anni. Il 67% è in possesso del titolo di Scuola Superiore e il 40% dichiara di essere sposato o di convivere, il 3% si trova in trattamento perché costretto dal sistema giudiziario e il 10% gode di un'assicurazione medica privata. Il 77% ha riportato altre esperienze di trattamento per il problema relativo all'uso di sostanze, di queste il 92% ha accumulato complessivamente più di tre mesi di trattamento.

- I principali indicatori di problemi nei trattamenti precedenti (che riguardano più di una persona su cinque) sono stati: l'uso settimanale di eroina (89%), l'uso



- settimanale di cocaina (42%), il non avere un lavoro a tempo pieno (85%) e il compiere atti illegali (29%).
- I risultati di follow-up evidenziano una diminuzione del 69% nel numero di consumatori settimanali di eroina e un 48% di diminuzione tra i consumatori settimanali di cocaina.
 - L'indicatore "lavoro" non ha registrato importanti cambiamenti, ma le attività illegali sono scese al 52%. Misurazioni successive evidenziano una diminuzione dal 63% al 21% tra le persone che sono state in prigione prima del trattamento.
 - Il 74% delle persone del campione ha riportato altri trattamenti durante lo studio di follow-up, e questo dato suggerisce di considerare un periodo più lungo per gli studi di follow-up allo scopo di descrivere con maggiore accuratezza i risultati per i pazienti che usufruiscono di trattamenti ambulatoriali con metadone.

Programmi Residenziali a Lungo Termine LTR

Nella ricerca Datos erano previsti 21 programmi residenziali che prevedevano 2774 pazienti. Il 65% del campione è costituito da persone di sesso maschile, il 60% da persone di razza americana di origine africana o ispanica e il 50% ha un'età media che supera i trent'anni. Il 59% è in possesso del titolo di Scuola Superiore e il 22% dichiara di essere sposato o di convivere, il 35% si trova in trattamento perché costretto dal sistema giudiziario e il 4% gode di un'assicurazione medica privata. Il 60% ha riportato altre esperienze di trattamento per il problema relativo all'uso di sostanze, di queste il 62% ha accumulato complessivamente più di tre mesi di trattamento.

- I principali indicatori di problemi nei trattamenti precedenti (che riguardano più di una persona su cinque) sono stati: l'uso settimanale di cocaina (66%), l'uso pesante di alcolici (40%), il non avere un lavoro a tempo pieno (88%) e il compiere atti illegali (41%).
- I risultati di follow-up evidenziano una diminuzione del 67% nel numero di consumatori settimanali di cocaina e un 53% di diminuzione tra i consumatori di alcool.
- L'indicatore "disoccupazione" ha registrato una diminuzione del 13%; i pensieri suicidari sono diminuiti al 46% e le attività illegali sono scese al 52%.

Il 29% delle persone del campione ha riportato altri trattamenti riabilitativi durante lo studio di follow-up.

Programmi Ambulatoriali Drug-Free ODF

Nel campione della ricerca DATOS erano previsti 32 programmi Drug Free che prevedevano 2574 pazienti. Il 66% del campione è costituito da persone di sesso maschile; il 66% è costituito da persone di razza americana di origine africana o ispanica. Il 59% ha in media più di trent'anni. Il 60% è in possesso del titolo di Scuola Superiore e il 27% dichiara di essere sposato o di convivere, il 42% si trova in trattamento perché costretto dal sistema giudiziario e il 16% gode di un'assicurazione medica privata. Il 50% ha riportato altre esperienze di trattamento per il problema relativo all'uso di sostanze, di queste il 58% ha accumulato complessivamente più di tre mesi di trattamento.

- I principali indicatori di problemi nei trattamenti precedenti (che riguardano più di una persona su cinque) sono stati: l'uso settimanale di eroina (42%), l'uso settimanale di marijuana (25%), l'uso pesante di alcolici (31%), il non avere un lavoro a tempo pieno (82%) e il compiere atti illegali (22%).

- I risultati di follow-up evidenziano una diminuzione del 57% nel numero di consumatori settimanali di cocaina e un 64% di diminuzione tra i consumatori settimanali di marijuana e un 52% di diminuzione nell'uso di alcolici.
- L'indicatore "disoccupazione" ha registrato una diminuzione del 7%; il proposito del suicidio è diminuito al 36% e le attività illegali sono scese al 36%. Misurazioni successive evidenziano una diminuzione dal 69% al 25% tra le persone che sono state in prigione prima del trattamento e quelli che non sono mai stati arrestati sono diminuiti dal 37% al 21%.
- Il 20% delle persone del campione ha riportato altri trattamenti riabilitativi durante lo studio di follow-up.

Programmi Residenziali Brevi STI

Nel campione della ricerca DATOS erano previsti 14 programmi Drug Free che prevedevano 3122 pazienti. Il 67% del campione è costituito da persone di sesso maschile; il 61% è costituito da persone di razza americana di origine africana o ispanica. Il 64% ha in media più di trent'anni. Il 72% è in possesso del titolo di Scuola Superiore e il 38% dichiara di essere sposato o di convivere, il 5% si trova in trattamento perché costretto dal sistema giudiziario e il 38% gode di un'assicurazione medica privata. Il 47% ha riportato altre esperienze di trattamento per il problema relativo all'uso di sostanze, di queste solo il 9% ha accumulato complessivamente più di tre mesi di trattamento.

Rispetto ai programmi residenziali a lungo termine (LTR) e i programmi ambulatoriali ODF, questa modalità trattamentale specialistica include pazienti che con molta probabilità (da tre a 10 volte) è in possesso di un'assicurazione medica privata, gode di un più elevato titolo scolastico e di un migliore lavoro e con probabilità (da 7 a 8 volte in meno) ha un precedente penale. Tali programmi prevedono un numero molto basso di esposizioni ai trattamenti rispetto a quelli riportati dai pazienti nelle altre modalità trattamentali. Concludendo, questo tipo di programmi attualmente non esiste più come modalità pubblica e sono raccomandate molte cautele nel comparare i risultati pervenuti con tali programmi.

I principali indicatori di problemi nei trattamenti precedenti (che riguardano più di una persona su cinque) sono stati: l'uso settimanale di cocaina (67%), l'uso settimanale di marijuana (30%), l'uso pesante di alcolici (48%), il non avere un lavoro a tempo pieno (67%) e il compiere atti illegali (26%).

I risultati di follow-up evidenziano una diminuzione del 69% nel numero di consumatori settimanali di cocaina e un 63% di diminuzione tra i consumatori settimanali di marijuana e un 58% di diminuzione nell'uso di alcolici.

L'indicatore "disoccupazione" non ha registrato importanti cambiamenti, ma il proposito di suicidarsi è diminuito del 48%, le attività illegali sono scese al 58%. Misurazioni successive evidenziano una diminuzione dal 49% al 20% tra le persone che sono state in prigione prima del trattamento.

Il 25% delle persone del campione ha riportato altri trattamenti riabilitativi durante lo studio di follow-up.

BIBLIOGRAFIA

- Delany, P. J., Broome, K. M., Flynn, P. M., & Fletcher, B. W. (2001). Treatment service patterns and organizational structures: An analysis of programs in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 590-607.
- Etheridge, R. M., Hubbard, R. L., Anderson, J., Craddock, S. G., & Flynn, P. M. (1997). Treatment structure and program services in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 244-260.
- Galaif, E. R., Hser, Y., Grella, C. E., & Joshi, V. (2001). Prospective risk factors and treatment outcomes among adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 661-678.



- Grella, C. E., and Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(3), 385-406.
- Grella, C. E., Hser, Y. I., Joshi, V., & Rounds-Bryant, J. L. (2001). Drug treatment outcomes for adolescents with comorbid mental and substance use disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(6), 384-392.
- Grella, C. E., Hser, Y., Joshi, V., & Anglin, M. D. (1999). Patient histories, retention, and outcome models for younger and older adults in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 151-166.
- Grella, C. E., Joshi, V., & Hser, Y. (2000). Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. *Evaluation Review*, 24(4), 364-383.
- Grella, C. E., Joshi, V., & Hser, Y. (2000). Program variation in treatment outcomes among women in residential drug treatment. *Evaluation Review*, 24(4), 364-383.
- Hser, Y. I., Anglin, M. D., & Fletcher, B. W. (1998). Comparative treatment effectiveness: Effects of program modality and client drug dependence history on drug use reduction. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 15(6), 513-523.
- Hser, Y. I., Grella, C. E., Chou, C. P., & Anglin, M. D. (1998). Relationships between drug treatment careers and outcomes: Findings from the national Drug Abuse Treatment Outcome Study. *Evaluation Review*, 22(4), 496-519.
- Hser, Y., Grella, C. E., Hsieh, S., Anglin, M. D., & Brown, B. S. (1999). Prior treatment experience related to process and outcomes in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 137-150.
- Hser, Y., Shen, H., Grella, C., & Anglin, D. (1999). Lifetime Severity Index for cocaine use disorder (LSI-Cocaine): A predictor of treatment outcomes. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(12), 742-750.
- Knight, K., Hiller, M. L., Broome, K. M., & Simpson, D. D. (2000). Legal pressure, treatment readiness, and engagement in long-term residential programs. *Journal of Offender Rehabilitation*, 31(1/2), 101-115.
- Kristiansen, P. L., & Hubbard, R. L. (2001). Methodological overview and research design for adolescents in the Drug Abuse Treatment Outcome Studies. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 545-562.
- Lucchini, A., (2001). La diagnosi nei disturbi da uso di sostanze, 35-179. Franco Angeli, Milano.
- Rajkumar, A.S., & French, M.T. (1997). Drug use, crime costs, and the economic benefits of treatment. *Journal of Quantitative Criminology*, 13, 291-323.
- Rounds-Bryant, J. L., & Staab, J. (2001). Patient characteristics and treatment outcomes for African American, Hispanic, and White adolescents in DATOS-A. *Journal of Adolescent Research*, 16(6), 624-641.
- Rounds-Bryant, J. L., Kristiansen, P. L., & Hubbard, R. L. (1999). Drug Abuse Treatment Outcome Study of adolescents: A comparison of client characteristics and pretreatment behaviors in three treatment modalities. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25(4), 573-591.
- Simpson, D. & Brown, B. (Eds.). (1999). Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Simpson, D. & Brown, B. (Eds.). (1999). Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*.
- Simpson, D. D. & Brown, B. (Eds.). (1999). Special issue: Treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2).
- Simpson, D. D., & Curry, S. J. (Eds.). (1997). Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4).
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Brown, B. S. (1997). Treatment retention and follow-up outcomes in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 294-307.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, K., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4), 279-293.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L., & Anglin, M. D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507-514.
- Simpson, D., Joe, G., Fletcher, B., Hubbard, R., & Anglin, D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507-514.
- Simpson, D., Joe, G., Fletcher, B., Hubbard, R., & Anglin, D. (1999). A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507-514.



LA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO: QUALITÀ E GESTIONE DELLA SPESA

Teodora Macchia

Laboratorio di Biochimica Clinica - Istituto Superiore di Sanità - Roma

LA DIAGNOSTICA DI LABORATORIO

Se è vero che la prevenzione primaria è l'intervento ideale in campo preventivo, è vero anche che i frutti di tali sforzi si possono intravedere in tempi abbastanza lunghi. Di conseguenza, date le peculiarità e l'entità del fenomeno "abuso di sostanze" oggi, diventa indispensabile ragionare e lavorare in termini di prevenzione secondaria. A tal fine, allo stato attuale delle conoscenze, è necessario uno sforzo teso ad una diagnostica affidabile e praticabile, soprattutto per i soggetti a rischio.

La ricerca di tests diagnostici capaci di svelare precocemente situazioni di uso a rischio, di abuso e di danni direttamente o indirettamente ad essi correlabili è certamente di notevole interesse e di utilità pratica.

L'applicazione di questo assunto richiede però conoscenza e valutazione critica per evitare che il tutto si traduca in un aggravio inutile di lavoro, in una espansione di costi a fronte di una mancanza di benefici o, paradossalmente, di una *drastica riduzione* dei benefici. Cito a tale proposito, ed a titolo di esempio, l'associazione estesamente effettuata tra γ -GT ed MCV nella diagnostica dell'abuso alcolico erroneamente pensando di poter meglio evidenziare un certo quadro clinico e di incrementare il potere diagnostico e predittivo. La γ -GT (γ -glutamil transferasi), pur essendo utilizzata come indicatore di bere problematico ed alcolismo, è un marker di abuso alcolico a bassa specificità, non è idoneo a scopo di screening data la ridotta prevalenza del fenomeno nella popolazione generale, non è correlato alla quantità di alcol assunto, è poco correlato alla gravità del danno epatico (eccezione fatta per la isoforma fetale dell'enzima stesso), non è idoneo a rilevare l'etiologia alcolica, infine ha sensibilità e specificità non elevata. Specificità e potere predittivo inoltre si riducono, *anche marcatamente*, quando alla γ -GT viene associato un altro parametro come il MCV (Volume Corpuscolare Medio): la specificità passa dall'86 al 63%, il potere predittivo dal 30 al 18%. *Tale consueta associazione di parametri, pur raddoppiando il costo, praticamente dimezza il valore diagnostico del test.*

Quindi, il rapporto beneficio–costo risulta “doppiamente negativo”. Questa particolarità deve essere considerata necessariamente nell’ottica di una routine a livello di diagnosi e di monitoraggio di un trattamento, quando occorre fare i conti con un bilancio ed una programmazione di spesa. Scelte ed acquisti di diagnostici non possono essere effettuati con l’unico criterio del costo, ma orientati da opportune considerazioni tecniche, da elementi essenziali come la *validità* del test, le reali possibilità ed i vantaggi del suo uso, l’affidabilità in specifici ambiti applicativi, il rapporto beneficio–costo. Tali valutazioni richiedono l’utilizzo di concetti base nel seguito sintetizzati.

La capacità di un test nel discriminare, nel campo del consumo di sostanze, tra chi ha assunto e chi no, viene misurata attraverso due parametri:

- **sensibilità** (capacità del test di identificare correttamente i soggetti che presentano la patologia o la condizione da ricercare);
- **specificità** (capacità del test di identificare correttamente coloro che sono sicuramente esenti da quella patologia o quella caratteristica, nel caso specifico presenza di sostanze).

Questi due parametri sono sperimentalmente determinati mettendo a confronto i risultati ottenuti con il test in esame ed i risultati ottenuti con una o più procedure diagnostiche considerate definitive o vicine ad essere tali o, comunque, di livello superiore al test utilizzato e da valutare.

L’entità dell’accordo tra le misure fornite dal test di riferimento e dal test da esaminare, quando applicati sui medesimi campioni biologici, **definisce una misura della sensibilità e della specificità**. Esse sono pari al 100% solo nel caso in cui le due distribuzioni dei risultati positivi e negativi corrispondono rispettivamente ai soggetti con “condizione” presente ed assente senza alcuna sovrapposizione. Il test, in questo caso, può essere definito “patognomonico” e la risposta facilmente dicotomizzata in “presente” ed “assente”. Quando invece sensibilità e specificità sono entrambe molto ridotte e le due distribuzioni risultano sovrapposte e difficilmente separabili, allora il test risulterà “*inefficace*” dal punto di vista diagnostico. Le situazioni intermedie, nella pratica prevalenti, pongono con maggior criticità la scelta del cut-off di lavoro. Il **cut-off** è un valore soglia, o decisionale-operativo, al di sopra o al di sotto del quale il campione è considerato positivo o negativo.

Possiamo avere diversi tipi di **cut-off**: *fisiologico* (es. il valore limite di una glicemia per individuare un soggetto diabetico o, nel caso dell’alcol, il livello endogeno di alcol nel sangue); *clinico - diagnostico* (es. delle transaminasi, o di una transferrina desialilata); *discriminante* (che separi le distribuzioni sulla base della eziologia, es. il rapporto tra forma mitocondriale e la forma totale della aspartatoaminotransferasi, $mAST/tAST > 6$ discrimina l’origine alcolica di una epatopatia); *decisionale* (quale il tasso alcolemico legale posto dalla normativa italiana nell’ambito della sicurezza stradale attualmente 80 mg/dl e presto 50 mg/dl di sangue; oppure gli 8 ng/ml urine di THC per distinguere un uso attivo da un assorbimento passivo).

In base alle finalità dell’accertamento viene di volta in volta privilegiata la sensibilità e specificità del test spostando, ove possibile, il livello di taglio. Tenendo bene in mente che la prevalenza di una condizione determina, data la sensibilità e la specificità del test, i valori predittivi, ai fini di screening (inteso come procedura di routine ad alta sensibilità da applicare su soggetti per rilevare, ad esempio, eventuali assuntori) è importante anche disporre di una buona specificità per garantirsi *pochi positivi falsi*, perché se così non fosse si avrebbe un aumento importante dei costi associati alle necessarie conferme.

Al contrario, nella ricerca della eziologia di una malattia (ad esempio, l’origine alcolica o non alcolica di una epatopatia) con un test ad alta specificità, può essere importante avere una buona sensibilità al fine di massimizzare la correttezza della classificazione per non incorrere in terapie inadeguate. Altrettanto importante è considerare la triade sensibilità, specificità e prevalenza nella ricerca della presenza di una malattia (dove vogliamo la massima sensibilità) e nell’assenza della stessa (dove invece occorre che la specificità sia massima). Nel primo caso dobbiamo cercare di ridurre al massimo i *negativi falsi*. Si pensi ad esempio ad una patologia tumorale: un negativo falso perderebbe la possibilità di essere prontamente trattato e, in quanto



negativo, il soggetto con elevata probabilità non sarebbe sottoposto nuovamente al test, favorendo così l'evoluzione della malattia e precludendo la possibilità di un intervento precoce. Nel secondo caso dobbiamo minimizzare i *positivi falsi* in quanto questi soggetti verrebbero ad essere sottoposti ad ulteriori esami, magari invasivi, e/o a trattamenti impropri, con inevitabile aumento della spesa, possibili effetti negativi sulla salute e conseguenti risvolti etici.

A prescindere dalla finalità di utilizzo, è sempre necessario valutare con attenzione l'idoneità applicativa di un test e la praticabilità nel contesto operativo della propria struttura.

Pensiamo ad esempio al senso di una alcolemia effettuata su un prelievo della tarda mattinata in un assunto non alcolista (test non idoneo per la sua breve finestra temporale) o alla stessa effettuata su un campione di sangue conservato per ore in una provetta stappata al fine di consentire il sieraggio naturale (non praticabile data l'estrema volatilità della molecola etanolo).

È fondamentale inoltre ricordare che l'**efficacia diagnostica**, discriminante e predittiva di uno stesso test, o marker che sia, può risultare molto diversa quando applicata a gruppi particolari o a campioni diversi di popolazione.

Sensibilità e specificità vengono determinate in laboratorio, in sede di studi di validazione del test. In questi studi si utilizzano due gruppi di soggetti di sufficiente numerosità: casi e controlli bilanciati anche dal punto di vista numerico. Si osservi che in questo caso la prevalenza della condizione di interesse risulta essere pari al 50%. Quando però il test viene applicato nella popolazione generale dove la prevalenza della condizione è molto variabile e generalmente bassa (anche < 1%) test di screening molto promettenti in sede di validazione, possono risultare deludenti ad esempio per scarsa specificità. Nel caso infatti di casi e controlli bilanciati, (dove la prevalenza della condizione è pari al 50%) il valore predittivo (o potenza diagnostica) che si ottiene non è certo quello che si avrebbe con la prevalenza reale della condizione. In genere, a parità di sensibilità e di specificità, al diminuire della prevalenza diminuisce il valore predittivo di uno stesso test. È opportuno ricordare che la prevalenza di una condizione può cambiare nel tempo, ad es. a seguito di una aumentata diffusione nel consumo di una certa sostanza (come oggi la cocaina); di conseguenza aumenta il valore predittivo di uno stesso test.

A *livello probabilistico*, per la stessa ragione, nei campioni selezionati (es. utenza Ser.T) è artificialmente arricchita la prevalenza della condizione o del tratto ricercato e l'aumento di prevalenza influisce in modo diretto **migliorando l'efficacia predittiva** di un test. Un artificioso arricchimento della prevalenza rende, per lo stesso motivo, ragione dell'elevato potere diagnostico-predittivo di un test di conferma.

Questo rapido cenno su concetti di base nel campo della diagnostica di laboratorio sottolinea almeno in parte la complessità del quadro in cui ci muoviamo. Tale complessità è aggravata, nel campo delle dipendenze, dalla scarsa collaborazione del paziente che, nel caso particolare, ha spesso l'interesse affinché l'indagine di laboratorio non rilevi quanto ricercato. Di conseguenza, occorrerebbe mettere in conto un lavoro, e conseguente costo, aggiuntivo mirato alla valutazione (garanzia) della veridicità (adulterazione) ed autenticità (scambio campione) del campione analitico soprattutto urinario e della catena di custodia necessaria quando i risultati degli esami tossicologici abbiano anche una valenza legale.

Nei diversi ambiti applicativi la diagnostica di laboratorio presenta problematiche differenziate che richiederebbero una trattazione molto più estesa. Ci limiteremo pertanto a considerare alcuni spaccati più vicini all'ambito del consumo di droghe con una attenzione particolare agli aspetti analitico-tossicologici connessi con i trattamenti metadonici.

L'esame tossicologico urinario è una parte essenziale di un programma di disassuefazione e riabilitazione. Fin dal 1972, lo stesso Vincent Dole sottolineò l'indispensabilità delle analisi di laboratorio quale strumento diagnostico e clinico per *misurare l'efficacia* del programma metadonico.

L'FDA (autorità di normazione e responsabilità di monitoraggio dei programmi e mantenimento metadonico per gli Stati Uniti) ed il NIDA, nell'apposito regolamento, richiedevano un esame tossicologico su un campione urinario al momento dell'ammissione al

trattamento e la ricerca di metadone, e altre droghe, su otto campioni random durante il primo anno di trattamento. Per gli anni successivi almeno un esame di laboratorio *ogni 4 mesi, mensilmente per i pazienti con affidamento domiciliare del farmaco*. Il regolamento federale richiedeva che le urine fossero raccolte in modo da evitare falsificazioni e che venissero testate in laboratori con requisiti idonei per oppiacei, metadone, amfetamine, cocaina, barbiturici *ed ogni altra sostanza oggetto di abuso in quella località durante il trattamento. Gli esami tossicologici dovevano servire principalmente a modificare, se necessario, l'approccio terapeutico*. Se il paziente risulta positivo per sostanze diverse dal metadone, ritorna ad una cadenza settimanale dell'esame tossicologico.

Nonostante la diffusione dei drug testing negli ambiti più disparati (emergenza, sport, guida, lavoro, monitoraggio terapeutico) e lo sviluppo di sempre nuovi dispositivi diagnostici, l'accuratezza e la validità dei metodi analitici più diffusamente utilizzabili sono ancora critici ed il costo ancora elevato soprattutto quando non ci sia la possibilità di utilizzare analizzatori automatici che lavorano con quantitativi ridotti di reattivi, consentono l'analisi di un numero elevato di campioni, abbassando il costo del singolo test. Il drug testing è effettuato essenzialmente con metodi immunochimici che però hanno, per alcune sostanze, problemi di specificità nel rilevare la singola sostanza all'interno di una classe. La TLC è in grado di fare questa distinzione, ma richiede elevate concentrazioni di sostanze e produce per questo diversi negativi falsi. Nella maggior parte dei casi il cut-off analitico non consente di rilevare la presenza di sostanze a bassa soglia. In altri casi ancora, a causa di reazioni crociate, sono possibili interferenze e positivi falsi. Infine, specie per molecole particolari come possono essere gli anfetamino derivati, i costi di un test di screening possono risultare elevati quasi quanto quelli di un metodo cromatografico di conferma.

È importante quindi, nella gestione di un budget, conoscere caratteristiche e limiti di ciascun test da utilizzare a scopi di screening in quanto spesso un risparmio è solo apparente e può tradursi in una spesa senza alcuna utilità ed una caduta di efficacia delle prestazioni erogate. Ecco perché il capitolato ad es. per una gara di appalto per diagnostici dovrebbe essere costruito con un robusto sostegno di conoscenze tecniche e analitiche.

Nel nostro paese, l'eccessivo utilizzo nel passato, il costo e la non sempre idonea attendibilità, limitano a volte eccessivamente i pur necessari controlli urinari.

La frequenza di questi tests dovrebbe in realtà essere clinicamente appropriata per ogni paziente in ogni fase del trattamento e del follow-up a protezione del paziente stesso (il drug testing dà conto dell'adeguatezza del dosaggio di farmaco, shift di sostanza, rischi di abbandono del programma per scarsa copertura, rischi di interazioni e tossicità della combinazione di metadone e altre sostanze psicoattive) e di chi ne ha la responsabilità terapeutica (fornisce indicazioni circa l'efficacia del trattamento, consente tempestive modifiche e implementazioni del piano terapeutico).

Se lo stato tossicologico del soggetto non è ragionevolmente monitorato, il trattamento con metadone può dar luogo a seri problemi. Ad esempio la presenza di altre sostanze ad azione depressiva sul SNC può far superare la soglia di tolleranza al metadone causando la morte del soggetto. L'alcol può provocare un aumento della concentrazione di metadone a livello cerebrale (Lane EA. et al, 1985), ha effetto depressivo sul SNC, potenziato dal metadone, e può portare a coma e morte per overdose.

Dai dati prodotti dal Gruppo Italiano Tossicologi Forensi nel 1999, dagli esami tossicologici effettuati in 607 soggetti deceduti per intossicazione acuta da sostanze psicotrope, risulta che la morte è stata causata nel 33% dei casi da eroina a sé, nel 47% da eroina in associazione con alcol e/o altri stupefacenti, nel 9% da alcol con altri stupefacenti. La cocaina è stata la causa del decesso nell'8% dei casi. Una responsabilità nel decesso poteva essere attribuita al metadone nel 3,5% dei casi dove 1 volta su due era presente da solo o in concomitanza con alcool (confermando il rischio di tale associazione) ed 1 volta su tre in combinazione con altre sostanze. In sei decessi su cento, inoltre, il metadone era riscontrato come sostanza associata.

Questo quadro supporta la eventualità di un abuso di metadone proveniente dal mercato illecito e sottolinea, ancora una volta, la necessità di controlli sistematici urinari nel corso del trattamento farmacologico. Come si può valutare a tale proposito un rapporto beneficio/costo?



Intensificare il drug testing comporta senza dubbio una spesa aggiuntiva, l'incremento del costo si traduce in un risparmio sui costi sanitari. È quanto è stato dimostrato in uno studio condotto in California (D.T. Hartz et al., 1999). Lo studio, nel confermare che gli esami tossicologici urinari consentono di valutare modifiche e rinforzi dei programmi terapeutici nonché la personalizzazione degli interventi sottolineava come la valutazione dei costi di un programma di trattamento spesso manca di considerazioni quantitative a fronte del beneficio prodotto.

Considerando che nel 1988 il solo abuso di droghe è costato agli Stati Uniti 58 miliardi di dollari (144 miliardi se sommato all'abuso di alcol); che nella città di New York la spesa si aggirava sui 20 miliardi di dollari di cui il 4% speso per il trattamento delle dipendenze e tutto il resto per interventi medici (malattie, incidenti), perdita di produttività, costi sociali e giudiziari, lo studio ha cercato di tradurre in termini quantitativi i risparmi ottenibili con trattamenti più efficaci resi possibili da un intensificato drug testing. In sintesi, un costo aggiuntivo di 17,27 dollari produceva un incremento dell'1% del numero di soggetti costantemente "drug-alcohol free" nei quattro mesi dello studio.

Per ogni dollaro investito nel rafforzare il trattamento (gratificazione, esami urinari frequenti) c'era una riduzione di circa 5 dollari nei costi sanitari (intorno ai 1000 dollari in media mensili). Quando le finalità dell'accertamento non sono punitive, l'incremento di costo per i tests analitici si traduce in risparmio sui costi sanitari. In altre situazioni il risparmio sembra più contenuto (Bast RP. Et al, 2000) o addirittura si traduce in un aggravio di costi per il budget sanitario. Ciò è quanto risulta da uno studio condotto in Inghilterra circa un programma di drug testing con finalità punitive in otto strutture carcerarie (Gore S.M. et al., 1996).

Lo studio ha calcolato il costo di 28 giorni di drug testing effettuato in maniera randomizzata su 500 detenuti per motivi di droga. È stato considerato il costo di un rifiuto a sottoporsi ad accertamento (la percentuale di rifiuto variava tra lo 0% ed il 10% ed ogni rifiuto comportava 28 giorni in più di detenzione), il costo delle conferme in GC/MS per il 35% delle positività rilevate dallo screening ed il 20% dei negativi. Il 90% delle positività era per sola cannabis (per la quale era comminata una punizione di 14 giorni in più di carcere con relativi costi) ed il 10% per sostanze di classe A (che comportavano 21 giorni di penalità).

Il costo totale per 50 accertamenti (10% di detenuti) comprensivo di campionamento, sanzioni per i rifiuti, test di screening e test di conferma, giorni di detenzione aggiuntivi, per 28 giorni di programma, risultava di 22.838,35 sterline (per un 10% di rifiuti) o di 16.042,50 sterline (per lo 0% di rifiuti).

Il costo del drug testing era irrilevante (3.9%) rispetto al costo totale rappresentato dalle conseguenze (giorni in più di permanenza per positività o rifiuto). Così il costo del drug testing di 28 giorni (di per sé contenuto entro le 610 sterline totali) si traduceva in un costo aggiuntivo che superava le 23.000 sterline, circa la metà dell'intero budget di un carcere per l'assistenza sanitaria.

Esperti nel trattamento delle sostanze d'abuso hanno stimato che un programma di riduzione dei consumi e di riabilitazione in carcere su 500 reclusi sarebbe costato 100.000 sterline per un *anno intero*, complessivamente meno della metà di quanto speso per 28 giorni. Tale programma inoltre, avrebbe fornito un beneficio immediato e a più lungo termine sia per il carcere che per la comunità contribuendo tra l'altro a limitare le recidive.

Un altro settore importante per la valutazione dei benefici-costi del drug testing è il settore lavorativo, nella fase "pre - impiego" e "post - impiego". Questo settore non è ancora ufficialmente attivo in Italia (per mancanza di normativa specifica) ma è attivissimo in altri Paesi. Negli USA è stato intensificato per ridurre il costo stimato per perdita di produttività ogni anno (22 miliardi di dollari) per motivi correlati all'uso di sostanze.

Per stimare il beneficio del drug testing è stata usata una corte precedentemente definita di 2537 impiegati postali (selezionati tra oltre 5000 candidati) il cui esito al drug testing però *non* era reso noto ai datori di lavoro e non era perciò usato a scopi decisionali o punitivi (Zwerling C. et al., 1992).

In questa coorte era rilevato il 7.8% di positività ai cannabinoidi, il 2.2% alla cocaina, il 2.2% ad altre droghe e loro combinazioni. La prevalenza dei campioni urinari positivi era pari a 0.12. Veniva calcolata, rispetto ai negativi, la quota di assenteismo, gli incidenti, le malattie, il turn-over. Tutti i positivi allo screening condotto con metodo immuno chimico venivano confermati in gas-massa (GC-MS). Ogni test di screening veniva a costare 11.5 dollari, ed il costo totale dipendeva essenzialmente dal numero di positivi che dovevano essere confermati in GC-MS, quindi dalla prevalenza del consumo di sostanze in quella popolazione, prevalenza che peraltro è suscettibile di variazioni nel tempo.

Tutta la procedura del drug testing costava 108.19 dollari per ogni assunto, mentre il risparmio ad 1 anno per assenteismo, malattia, turn-over evitati era di 270.67 dollari per impiegato assunto dopo il test. C'era quindi un beneficio netto di 162.48 dollari per dipendente.

Il costo però supera il beneficio quando la prevalenza è bassa (ad es. tra 0.4% ed 1%). A prevalenza più elevata (es. 20 % come riscontrabile in alcune aree urbane) i benefici superano i costi di circa 305.96 dollari per impiegato. Nel caso però in cui crescano i costi del singolo test (es. sostanze nuove) il rapporto beneficio-costo è negativo per molti livelli di prevalenza.

In conclusione, dove la prevalenza è bassa, i positivi falsi rappresenteranno una quota elevata di tutti i positivi. In questo caso non solo l'investimento non darà beneficio, ma risulterà anche più costoso per il maggior numero di conferme da effettuare (molte delle quali risulteranno negative) e per il danno alla reputazione e al lavoro di coloro che erroneamente saranno risultati positivi.

Dato il costo del drug testing, è stata più volte esaminata la possibilità di usare il Self-report nella routine del trattamento degli assuntori di droghe. Una buona pratica sembra invece basata su un uso più selettivo del drug testing in circostanze in cui a livello probabilistico il self-report risulterebbe poco attendibile (Lancet, 1987).

Un apposito studio condotto su 467 assuntori di eroina con entrambi gli strumenti ha portato alla conclusione che il drug testing è comunque essenziale a completamento del Self-report per fornire informazioni sul consumo e per il trattamento dell'assuntore di droga. Resta l'indicazione circa l'opportunità di usare il drug testing *più selettivamente* in base ad una conoscenza clinica individuale dei pazienti e dei loro progressi nel trattamento (Kilpatrick B. et al., 2000).

Nella diagnostica di laboratorio, costi aggiuntivi possono essere generati dalla diversità della matrice biologica su cui i dispositivi diagnostici e le procedure analitiche sono tarati. È opportuno, di conseguenza, tener conto delle motivazioni a favore e contrarie per la scelta della **matrice biologica** più idonea.

Sebbene il drug testing nelle urine sia ancora l'approccio standard per monitorare il consumo di sostanze, l'utilizzo del sudore e della saliva come matrici biologiche comincia a diffondersi.

I metaboliti delle sostanze psicotrope vengono escreti rapidamente nelle urine limitando a pochi giorni (se non ore) la finestra temporale utile alla rilevazione d'uso della sostanza madre. Nel sudore invece, attraverso un cerotto per la sua raccolta, si può operare l'osservazione per un periodo di tempo più lungo, di una settimana o più.

Per la rilevazione degli oppiacei ad esempio è stata rilevata una buona correlazione tra il monitoraggio settimanale attraverso il sudore e quello effettuato tre volte a settimana (o a giorni alterni) attraverso le urine.

Rispetto alle urine (Kidwell DA. Et al., 1998), il sudore e la saliva presentano vantaggi e svantaggi.

Tra gli svantaggi: 1. La quantità di campione raccolto è inferiore rispetto all'urina (rispettivamente qualche microlitro, 1,5 ml, 150 ml) e questo limita le possibilità di testare più volte il campione; 2. La concentrazione di sostanze nelle urine è più elevata rispetto alla saliva e al sudore per effetto della concentrazione a livello renale. Sudore e saliva richiedono steps aggiuntivi per l'estrazione e perciò costi più elevati di analisi. Ovviamente, se non per scopi forensi o di ricerca, nessun laboratorio è propenso ad analizzare scarse quantità di sostanze e in matrici complesse quando elevati livelli sono presenti in matrici alternative: campioni più



concentrati consentono procedure analitiche più semplici e periodi di rilevabilità più lunghi. Ma allora, *quando* si giustifica l'uso della saliva o del sudore? Sicuramente quando la facilità e non invasività del prelievo rispetto alle altre alternative alle urine, cioè sangue o capelli, ne bilancia il costo e le difficoltà tecnico-analitiche (si pensi ad es. ai vantaggi in ambito pediatrico o nel campo degli accertamenti sulla strada).

Saliva e sudore inoltre privilegiano le sostanze madri ai loro metaboliti (a causa della maggiore lipofilia della maggior parte di esse) e ciò potrebbe essere particolarmente utile nell'ambito degli accertamenti previsti per la sicurezza stradale.

La saliva inoltre ha meno probabilità di essere adulterata a differenza dell'urina.

Un inconveniente invece è rappresentato dalla possibile contaminazione della cavità orale, e conseguentemente della saliva, da parte della cocaina assunta per fumo o via intranasale; solo in questo caso il livello salivare *non* riflette il livello ematico. In tutti gli altri casi e per tutte le altre sostanze, se non c'è contaminazione ambientale, riflette molto bene i livelli del sangue consentendo di identificare un'assunzione recente con un prelievo non invasivo.

BUDGETING E LABORATORIO

Alla luce di quanto detto, considerando che le risorse devono essere sempre più finalizzate a fronte dei costi crescenti in campo sanitario, è opportuno che anche il laboratorio, nel campo della diagnostica come in quello della ricerca, acquisisca dimestichezza con i processi di Total Quality Management nello sforzo di bilanciare qualità e costi (Letzer DB, 1997; Butros F., 1997). Nella necessità di ridurre i costi, in un lavoro fortemente condizionato dai costi e dal budget, il Total Quality Management sembra la via per mantenere la qualità dei servizi offerti, lo standard di lavoro e delle prestazioni. Definendo infatti un protocollo standard per ogni fase analitica ed un relativo profilo di costo, è possibile evitare errori evitabili, e quindi costi aggiuntivi di tutto ciò che comporta ripetere analisi non necessarie (materiali, reattivi, tempo lavoro uomo-macchina, ritardi nella diagnosi, decisioni su risultati erronei, conseguenze sul il soggetto diagnostiche, legali, trattamentali) e l'esito di un trattamento. Occorre ancora tener presente che i costi aggiuntivi per la formazione del personale tecnico, per la standardizzazione delle procedure operative, per l'introduzione di un Controllo di Qualità, per un controllo sistematico delle apparecchiature, per una scelta "tecnica" dei prodotti diagnostici (per i quali non sempre risparmio è sinonimo di guadagno), sono indispensabili per ogni applicazione del T.Q.M. e per rimanere competitivi sul mercato. Infatti cattivi materiali e cattive procedure, anche se meno costosi, portano progressivamente ad una riduzione della domanda di servizi alla struttura, ad una caduta di credito e ad una perdita di competitività sul mercato.

Occorre in sostanza pesare attentamente la differenza tra i costi necessari per migliorare la qualità delle prestazioni ed i costi generati dall'incorrere in errori per mancanza di qualità.

CONCLUSIONI

Considerando tutti gli aspetti sopra riportati, si può ragionevolmente concludere che i costi reali del drug testing non rappresentano di per sé l'elemento più importante di un drug testing. I costi più importanti sono quelli generati da risultati erronei prodotti. I tests possono fornire risultati erroneamente positivi sulla base dei quali un *non consumatore* è identificato come *consumatore*; i tests possono fornire risultati erroneamente negativi in base ai quali un assunto non è identificato come tale, vanificando così tutti i possibili benefici del drug testing. A causa dei costi diversi e della variabile attendibilità dei risultati è essenziale che il drug testing venga effettuato *solo se appropriato*, con materiali e procedure idonei per caratteristiche allo scopo e all'ambito di applicazione, nonché utilizzati in maniera corretta.

È necessario infine sottolineare come non sempre ciò che costa meno rappresenta un risparmio, dal momento che può facilmente tradursi in un moltiplicatore di costi per effetti diretti ed indiretti.

BIBLIOGRAFIA

- Bast RP., Helmer SD., Henson SR., Rogers MA., Shapiro WM., Smith RS. Limited utility of routine drug screening in trauma patients. *South. Med. J.*, 93 (4), 397 – 399, April 2000
- Butros F., 1997) Laboratory administration – capital budgeting. *Clin. Lab. Manage Rev*, Nov. – Dec. 11 (6): 410 – 8, 1997
- Gore SM., Bird AG., Cost implications of random mandatory drugs tests in prisons. *Lancet*, 348: 1124 – 27, October 26, 1996
- Hartz DT., Meek P., Piotrowski NA., Tusel DJ., Henke CJ., Delucchi K., Sees K., Hall SM., A Cost–effectiveness and cost–benefit analysis of contingency contracting–Enhanced methadone Detoxification treatment. *Am. J. Drug Alcohol Abuse*, 25 (2), pp. 207 – 218, 1999
- Kilpatrick B., Howlett M., Sedgwick P., Ghose AH., Drug use, self report and urinalysis. *Drug Alcohol Depend*, Feb. 1; 58 (1 - 2); 111 – 6, 2000).
- Lane EA., Guthrie S., Linnoila M. Effects of ethanol on drug and metabolite pharmacokinetics. *Clinical Pharmacokinetics* 10:228-247, 1985.
- The Lancet – Screening for drugs of abuse – *Lancet*, 365 – 366 1987.
- Zwerling C., Ryan J., Orav EJ., Costs and benefits of pre-employment drug screening. *JAMA*, 267 (1), pp. 91 – 93, Jan 1, 1992



IL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE: INDICAZIONI E LINEE TECNICHE

Giovanni Serpelloni¹⁾, Lorenzo Rampazzo²⁾, Elisabetta Simeoni³⁾, Roberto Pirastu⁴⁾

1. *Dipartimento delle Dipendenze Azienda ULSS 20 Verona*
2. *Coordinamento Regionale - Direzione per i Servizi Sociali - Regione Veneto*
3. *UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona*
4. *Ser.T di Cagliari*

PREMESSE

Al perseguimento degli obiettivi di prevenzione, cura e riabilitazione nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive concorrono molteplici unità operative e servizi appartenenti a tutte le strutture primarie dell'Azienda U.L.S.S. (distretto, Dipartimento di prevenzione e ospedale), nonché molteplici servizi appartenenti ad altri Enti o Istituzioni pubbliche, del privato-sociale e del volontariato, per cui è necessario individuare una unica entità di coordinamento operativo e metodologico che ne faciliti l'integrazione intra ed extra-aziendale.

La soluzione organizzativa più adeguata per garantire l'integrazione sia a livello intra-aziendale che a livello extra-aziendale nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive è rappresentata dal Dipartimento per le Dipendenze. Esso infatti rappresenta il nuovo paradigma della cultura della progettazione organizzativa.

Il presente documento fornisce indirizzi e linee tecniche per l'istituzione del Dipartimento per le Dipendenze, al fine di agevolare le attività di riorganizzazione per rendere più efficace la risposta ai bisogni.

CONSIDERAZIONI DI BASE

Con il presente documento si vuole fornire un contributo metodologico per il sistema delle dipendenze introducendo una nuova filosofia che porti nel tempo ad una acquisizione di una cultura organizzativa basata su pochi e chiari criteri di tipo aziendalistico.

I criteri generali in ambito organizzativo, adottati per la stesura di questo documento e la strutturazione del modello dipartimentale sono stati i seguenti:

- Incentivare e premiare soprattutto lo sviluppo di sistemi di lavoro organizzati in maniera tale da essere orientati all'integrazione culturale e alla qualità, intellegibili e quindi verificabili nelle risorse impiegate, nei processi utilizzati, nei risultati prodotti sia come esiti dei trattamenti che come prestazioni erogate.

- Introdurre e rispettare permanentemente la “logica dell’empowerment” e cioè della piena assunzione delle responsabilità delle risorse assegnate e dei risultati da conseguire con forte decentramento dei livelli decisionali.
- Nel definire le forme organizzative e i centri di responsabilità e di costo, attuare quindi il principio della “responsabilità diffusa” con valutazione permanente dei risultati prodotti e dei costi generati, attraverso l’adozione di un sistema di budget (master budget di Dipartimento e singolo budget per U.O.).
- Introdurre sistemi di valutazione esplicita, quali-quantitativa del personale a cui attribuire incarichi di responsabilità, incentivando di conseguenza l’uso di meccanismi premianti ed incentivanti il merito.
- Introdurre ed incentivare modalità operative, organizzative e decisionali in ambito clinico “evidence based” cioè basate sull’utilizzo di criteri e logiche scientifiche con forte orientamento ad adottare sistemi e processi di dimostrata efficacia e non basati sulle sole opinioni.

Sulla base di questi cinque criteri generali si ritiene fondamentale fornire alle aziende ULSS le presenti indicazioni e linee tecniche, che non scendono nel dettaglio ma ne definiscono però i criteri principali e le forme organizzative complessive sulla base delle quali si vuole vengano organizzati i dipartimenti per le dipendenze. Questo al fine di connotare precisamente il sistema delle dipendenze verso forme più moderne, più flessibili e propense al cambiamento anche per il futuro, nella considerazione del fatto che gli scenari delle dipendenze da sostanze psicoattive sono particolarmente variabili con necessità di risposte altrettanto tempestive ed efficaci e che le risorse non sono illimitate.

LE NUOVE TENDENZE ORGANIZZATIVE:

Il concetto di “sistema” preventivo assistenziale

Per migliorare la qualità dei servizi, è necessario sviluppare una nuova cultura di intervento ed a tal fine, si dovranno perseguire attività per ridefinire, aggiornare e diffondere una modalità di intervento preventivo, terapeutico e riabilitativo che sia scientificamente e pragmaticamente orientato, con particolare riguardo alla prevenzione delle patologie correlate ad alta letalità (overdose e malattie diffuse), alla fase del reinserimento sociale ed alla verifica quantitativa dei risultati.

Al fine però di soddisfare le esigenze di continuità assistenziale, non si può più quindi considerare solo la realtà dei Ser.T come unico centro operativo ma bisogna operare promuovendo la logica di "Sistema" preventivo-assistenziale per le tossicodipendenze.

Un sistema cioè formato da varie componenti coordinate ed integrate per creare una continuità assistenziale che passi attraverso il primo e precoce contatto "in strada", l'offerta di programmi a bassa soglia di accesso, l'inserimento in programmi terapeutici ambulatoriali, l'inserimento in programmi residenziali, fino (una volta abbandonato l'uso di droga ed acquisito un sufficiente grado di autonomia personale) all'attivazione di specifici programmi di reinserimento e prevenzione delle ricadute.

Questo sistema ha come base organizzativa la realizzazione dei Dipartimenti.

I livelli di intervento

I principi generali su cui basare la riorganizzazione sono quelli del coordinamento integrato tra vari ambienti che attuano azioni diversificate nel tempo con obiettivi multipli ed in vari ambiti di intervento.



Il fine è quello di avere a disposizione degli ambienti diversi in base alle necessità dell'utenza e alle sue caratteristiche ma soprattutto alle sue potenzialità terapeutiche e quindi ai programmi di intervento attuabili.

In considerazione di quanto sopra esposto, vi è la necessità di strutturare l'operatività a diversi livelli.

I livelli essenziali previsti sono quattro, ognuno dei quali con obiettivi, strategie e modalità operative diversificate ma integrate.

La rete assistenziale per i tossicodipendenti, pertanto, dovrebbe essere così strutturata:

1. Il primo livello (bassa soglia di selezione in entrata)

Il primo livello prevede Centri di prima accoglienza (Drop-in-Center), unità mobili ed interventi in strada al fine di raggiungere la fascia di tossicodipendenti con breve storia tossicomane, utilizzo di nuove sostanze o cronici refrattari ai trattamenti che si sono allontanati dai servizi. Dovrebbero far parte di questo livello anche i medici di medicina generale che risultano essere un punto di notevole importanza sia per il primo contatto che per la terapia farmacologica, la prevenzione e la cura, per esempio, delle patologie correlate alla dipendenza cronica da eroina.

Le funzioni principali di questo livello sono: il primo contatto, il primo soccorso, l'applicazione di tecniche per la riduzione dell'incidenza delle patologie correlate, la distribuzione di materiali sterili, la terapia farmacologica (sostitutiva e non) su programmi a breve termine, l'informazione e la creazione di opportunità per interventi ad alta soglia, l'assistenza sociale, la prevenzione, una prima gestione medica delle patologie internistiche ed il supporto psicologico nel breve-medio termine.

Questo livello, prevede anche l'accoglienza e la selezione dei pazienti ed il loro smistamento nei vari ambienti superiori di intervento.

Inoltre l'attuale spostamento della domanda verso droghe di tipo eccitante (ecstasy, anfetamine, ecc.) con utenza con bassissimo grado di consapevolezza del proprio problema, ha fatto emergere fortemente l'urgenza di riorganizzare questo livello di intervento, contemplando particolari organizzazioni orientate verso questa utenza molto poco incline all'accesso alle strutture sanitarie.

2. Il secondo livello (media soglia)

Il secondo livello riguarda le strutture ambulatoriali che dovrebbero gestire tutti quei pazienti che, contattati dal primo livello e successivamente parzialmente stabilizzati e motivati, possono affrontare percorsi programmati e più impegnativi in termini farmacologici, psicoterapici e socio/riabilitativi.

Le funzioni principali del livello ambulatoriale possono essere: la diagnosi specialistica, gli interventi integrati medici, psico-sociali specialistici con programmi complessi e nel medio-lungo termine, il supporto alle famiglie, la preparazione per l'invio in comunità, i rapporti con le scuole, il carcere ed altri enti ed istituzioni comunitarie ecc..

3. Il terzo livello (alta soglia)

Il terzo livello riguarda le strutture residenziali o semiresidenziali. I programmi sono rivolti a quella fascia di utenti che accettano l'inserimento in tali strutture, sottoponendosi a programmi terapeutici e socioriabilitativi specialistici nel lungo termine.

Le funzioni principali di questo livello possono essere: i programmi terapeutici e socioriabilitativi nel lungo termine ed i training di apprendimento professionale.

Fa parte di questo livello anche la gestione delle eventuali ospedalizzazioni finalizzate al trattamento della dipendenza, prevedendo un collegamento funzionale con il Ser.T.

4. Il quarto livello (alta soglia)

Il quarto livello riguarderebbe appositi settori che dovrebbero curare i programmi di reinserimento sociale e di prevenzione delle ricadute. L'importanza di questo livello è facilmente intuibile.

Le funzioni principali sarebbero quelle di preparare il paziente all'inserimento sociale una volta ultimato il percorso terapeutico e preparare anche l'ambiente sociale che accoglierà il paziente (famiglia, ambiente di lavoro). Nel contempo risulta indispensabile promulgare specifici programmi per ridurre la possibilità di riutilizzo delle sostanze stupefacenti.

Organizzazione del Dipartimento per le Dipendenze

Alcune definizioni generali

Il Dipartimento

Con il termine Dipartimento si deve intendere una particolare forma di organizzazione costituita da unità operative che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità tecnico-funzionale e gestionale.

Si connota quindi una organizzazione del sistema per le tossicodipendenze al fine di ottenere una operatività coordinata e contemporaneamente decentrata, promossa e perseguita da varie unità operative con proprie responsabilità, funzioni, competenze professionali.

La tabella successiva riporta le caratteristiche generali del Dipartimento al fine di ottimizzare il livello di efficacia ed efficienza del sistema.

Tab. 1: Caratteristiche e compiti generali del sistema dipartimentale al fine di ottimizzare il livello di efficacia dell'intervento

AMBITI	SPECIFICHE
FUNZIONI DI COORDINAMENTO E DIREZIONE	Raggruppare le unità operative per ottimizzare le funzioni assistenziali, didattiche, di ricerca e ottimizzare l'uso delle risorse e dei processi assistenziali. Definizione e negoziazione del budget con la direzione strategica.
FINALITÀ PREVENTIVA E ASSISTENZIALI	Finalizzato ad assistere (tramite le unità operative) persone che utilizzano sostanze stupefacenti o psicoattive.
FLESSIBILITÀ DELLA ORGANIZZAZIONE	Flessibilità dell'aggregazione organizzativa con possibilità di agevoli modellamenti futuri sulla base della variazione del fenomeno.
METODOLOGIA DEL CONSENSO	Definire ed applicare "linee guida" e processi formali come principale strumenti di coordinamento e "un sistema gestionale comune" per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza.
FORTE INTEGRAZIONE CON IL PRIVATO SOCIALE ACCREDITATO	Possibilità di integrare unità operative extra aziendali ed appartenenti al privato accreditato nel nucleo decisionale e di programmazione degli interventi, con ruolo consultivo e di compartecipazione operativa.

Il Dipartimento ha quindi come finalità generale quella di sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive, tendenti a perseguire un allineamento con gli obiettivi della politica sociosanitaria Regionale ed aziendale.



Le unità organizzative

Si possono distinguere due tipi di unità operative (ed organizzative) all'interno del Dipartimento: quelle appartenenti all'azienda ULSS (Ser.T e sezione alcologia) e quelle non appartenenti (organizzazioni del privato sociale accreditate).

Le prime possono essere organizzate in maniera centralizzata con rapporti di sovra/subordinazione con l'ufficio di coordinamento e direzione del Dipartimento (quindi con un rapporto più strutturato).

Le seconde si rapportano in modo funzionale, salvo richiedere loro, all'atto del contratto il rispetto di particolari accordi in grado di creare rapporti più strutturali e subordinati.

I Ser.T all'interno del Dipartimento per le dipendenze sono unità organizzative con compiti in ambito preventivo, diagnostico, clinico-assistenziale e socioriabilitativo.

Le unità organizzative che costituiscono il Dipartimento per le Dipendenze sono aggregate, quindi al fine di dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. Per tale motivo, esse, adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, bioetico, medico-legale e gestionale attraverso la condivisione di linee guida, processi e metodologie.

Le unità organizzative sulla base della loro attività prevalente nel campo delle tossicodipendenze e della loro dislocazione possono essere ulteriormente distinte tra U.O. di settore (es. Ser.T e Comunità terapeutiche) e non di settore (es. Pronto Soccorso, Reparti ospedalieri, ecc.), e tra U.O. intra ed extra Azienda ULSS.

Le unità organizzative, presuppongono una autonomia tecnico-funzionale e gestionale con riferimento alle attività professionali ed organizzative interne, in accordo con gli indirizzi definiti in sede di Dipartimento per le Dipendenze e del budget assegnato.

Le unità organizzative possono prevedere nel loro interno ulteriori assetti organizzativi in base a specifiche esigenze, e dove sono richieste, particolari competenze e specializzazioni professionali.

Le comunità terapeutiche pubbliche sono da considerarsi unità funzionali del Ser.T. Le comunità terapeutiche private, per essere considerate unità operative del Dipartimento per le Dipendenze, dovranno essere autorizzate al funzionamento, accreditate dalla Regione e contrattualizzate dall'Azienda ULSS.

Le U.O. intra aziendali hanno un proprio budget (obiettivi organizzativi e di innovazione, obiettivi di attività/prestazioni, risorse assegnate) che viene assegnato dal Direttore di Dipartimento e negoziato nel nucleo ristretto del Dipartimento. Tali singoli budget definiscono il budget del Dipartimento che verrà a sua volta negoziato con il Direttore di Dipartimento e con la Direzione Strategica. (vedi avanti).

Obiettivi generali del Dipartimento per le dipendenze

Ferma restando l'autonomia tecnico-funzionale delle unità organizzative che fanno parte del Dipartimento per le Dipendenze, esso, tramite l'ufficio di direzione e coordinamento del Direttore del Dipartimento e il Comitato operativo, persegue l'integrazione delle U.O. a tre livelli: organizzativo, clinico e fisico.

Tutto questo attraverso (nel primo caso) il coordinamento nei comportamenti economici, nel consumo di risorse e (nel terzo caso) la condivisione e messa in comune di ambienti e risorse, riducendo quanto più possibile (con aggregazioni ambientali o telematiche) la distanza tra operatori.

Per quanto riguarda il livello clinico, l'integrazione dovrà avvenire agendo soprattutto sulla cultura organizzativa passando da una obsoleta logica di "proprietà del paziente" ad una che centri la sua attenzione (abbandonando quindi i controlli feudali) su un intervento assistenziale fortemente coordinato e con un approccio multidisciplinare.

L'obiettivo generale è quindi quello di influenzare il comportamento professionale degli operatori, promuovendo processi di integrazione clinica ed organizzativa, ma contestualmente assicurando l'autonomia e responsabilizzazione delle singole unità operative.

Per raggiungere questo il Dipartimento nel suo contempo dovrà perseguire il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

1. Individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi sociosanitari pubblici e privati (Ser.T, Reparti ospedalieri, Comunità, Cooperative sociali).
2. Studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l'entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con le strutture competenti dell'ULSS.
3. Incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie i pazienti e le loro famiglie.
4. Attuare il coordinamento delle unità operative interessate, attraverso lo studio e la definizione delle procedure operative concordate e comuni al fine di far convergere esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali.
5. Garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra Aziende ULSS e Privato Sociale, Scuola, Enti Locali, Comunità terapeutiche, Volontariato, ecc., sulla scorta degli indirizzi contenuti nel Piano di zona dei Servizi sociali.
6. Promuovere l'allineamento con gli obiettivi le indicazioni aziendali e regionali;
7. Coordinare ed integrare le attività di registrazione ed archiviazione centralizzata dei dati e della reportistica.
8. Promuovere le attività di aggiornamento e formazione sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative, dei piani strategici aziendali e regionali.
9. Attuare e concorrere al controllo e alla verifica costante della qualità dell'assistenza fornita e dello sviluppo dei programmi comuni concordati con la direzione strategica.

Caratteristiche del Dipartimento per le Dipendenze

Il Dipartimento per le Dipendenze si caratterizza soprattutto per la possibilità di mettere in linea diverse unità organizzative gerarchicamente subordinate (se appartenenti all'azienda ULS) alla direzione del Dipartimento e/o funzionalmente collegate se appartenenti ad Enti diversi e con propria autonomia.

Il Dipartimento per le Dipendenze come tale deve essere ritenuto una forma organizzativa avanzata che ha un forte bisogno di avere bene chiaro il programma di intervento esplicitato in un "progetto di Dipartimento". I meccanismi interni di collaborazione tra le varie unità operative si basano soprattutto sul principio di decentrare i livelli decisionali e promuovere politiche di vero consenso tra i vari responsabili delle unità operative. Tutto questo si esprime nel concordare azioni, metodologie, indicatori di valutazione e momenti di verifica periodica su obiettivi chiari e prefissati, muovendosi quindi in una moderna logica orientata soprattutto al "project management" (gestione di progetto) ed "empowerment" (piena assunzione di responsabilità dei risultati e delle risorse da parte dei responsabili delle unità operative). I responsabili dell'U.O. vengono quindi responsabilizzati mediante il budget sui risultati di attività e sulle risorse messe loro a disposizione.

La tabella successiva mostra in sintesi le principali caratteristiche del Dipartimento per le dipendenze.



La funzione di programmazione degli interventi nel territorio

Al fine di comprendere la finalità principale del Dipartimento per le Dipendenze, i ruoli e le funzioni, è indispensabile chiarire che l'azienda sanitaria, tramite il Dipartimento, programma e realizza interventi sul territorio di competenza. Questa funzione è quindi di piena competenza dell'azienda pubblica che la esercita, ricercando attivamente il consenso, la compartecipazione, e l'adesione di tutte le componenti interessate ed istituzionalmente riconosciute, alle attività da svolgere a favore delle persone tossicodipendenti e delle loro famiglie in un contesto di pari dignità con il privato sociale accreditato.

L'espletamento di questa funzione si concretizza nella preparazione e stesura del "programma di intervento" che, per essere considerato valido dovrà essere coerente con le indicazioni e le priorità regionali e nazionali, riportare il parere sintetico ed esplicito dei componenti del comitato operativo del Dipartimento per le Dipendenze (anche se discorde) ed essere in linea con il piano di zona.

Nell'esercizio della funzione di programmazione degli interventi, l'azienda ULSS determinerà anche le risorse necessarie, sulla base dei bisogni individuati in sede dipartimentale. A questo fine potrà decidere di utilizzare anche strutture extra-aziendali opportunamente accreditate dalla Regione ed autorizzate al funzionamento, sulla base delle effettive esigenze rilevate, precisamente definite e non soddisfabili con risorse intra-aziendali. L'esercizio della funzione di programmazione non può comunque essere lesiva o restrittiva delle autonomie delle singole unità operative extra aziendali, che hanno comunque il dovere di coordinarsi e concertare metodologie, prestazioni offerte ed interventi sul territorio nel momento in cui vengono inserite nel Dipartimento.

Tab. 2: Caratteristiche organizzative principali del Dipartimento per le Dipendenze

CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE	
DIREZIONE	Coordinatore di progetto attività trasversali con competenze organizzative, direzione dell'U.O. mediante sistema di budget
ATTIVITÀ PRINCIPALI DELLA DIREZIONE	Promuovere e controllare l'applicazione delle Linee Guida e la coerenza di processi di Qualità
TIPO DI LEADERSHIP	Partecipata e delegante (bassa guida, alta relazione)
SER.T	Unità operative autonome (responsabilità diretta di risultato con piena gestione delle risorse necessarie a tal fine) assegnati dalla Direzione del Dipartimento
BUDGET DEL DIPARTIMENTO	Assegnato dalla Direzione strategica e negoziato dal Direttore di Dipartimento
BUDGET DELLE UNITÀ OPERATIVE INTERNE	Assegnato dalla Direzione del Dipartimento e negoziato in sede dipartimentale tra Direttore di Dipartimento e responsabile dell'U.O.
RISORSE UMANE	Dipendente dal responsabile delle U.O. con possibilità di mobilità all'interno del Dipartimento in base ai carichi delle varie U.O. valutati dalla Direzione del Dipartimento
PRINCIPALI MODALITÀ DI COORDINAMENTO TRA LE U.O. DIPARTIMENTO	• supervisione diretta • adattamento reciproco • standardizzazione dei processi e delle conoscenze

	• lavoro per piani e programmi • assegnazione di ruoli di coordinamento per gruppi di lavoro trasversali
PRINCIPIO DI RESPONSABILITÀ APPLICATO	Diffusa, a ciascuna unità operativa

L'impianto organizzativo del Dipartimento per le Dipendenze

La specificità e la complessità del settore impone che tale Dipartimento abbia una propria identità e propria autonomia e non sia inserito con ruolo subalterno nel Dipartimento di salute mentale o in altri dipartimenti territoriali.

Il "sistema tossicodipendenze" deve coinvolgere una serie di "organismi" che devono trovare la giusta collocazione all'interno del Dipartimento. Componenti principali di tale sistema sono: i Ser.T presenti nel territorio di competenza della ULSS, le comunità terapeutiche, i reparti ospedalieri di malattie infettive e di medicina, le unità di emergenza, i medici di medicina generale, i servizi di psichiatria, il servizio sociale del comune, l'ufficio educazione alla salute ed altre istituzioni socio sanitarie eventualmente presenti coinvolte nella cura dei tossicodipendenti.

Sarà indispensabile prevedere in ambienti operativi a parte, coordinamenti con le associazioni del volontariato, la scuola, la prefettura, il CSSA ed il tribunale, il carcere, i carabinieri, la polizia di stato, la guardia di finanza.

La figura 1 riporta in schema le possibili relazioni tra le varie unità operative ed organizzazioni distinguendo tre livelli di coordinamento in base alle funzioni prevalenti (e conseguenti ruoli e responsabilità) in ambito preventivo, curativo e riabilitativo.

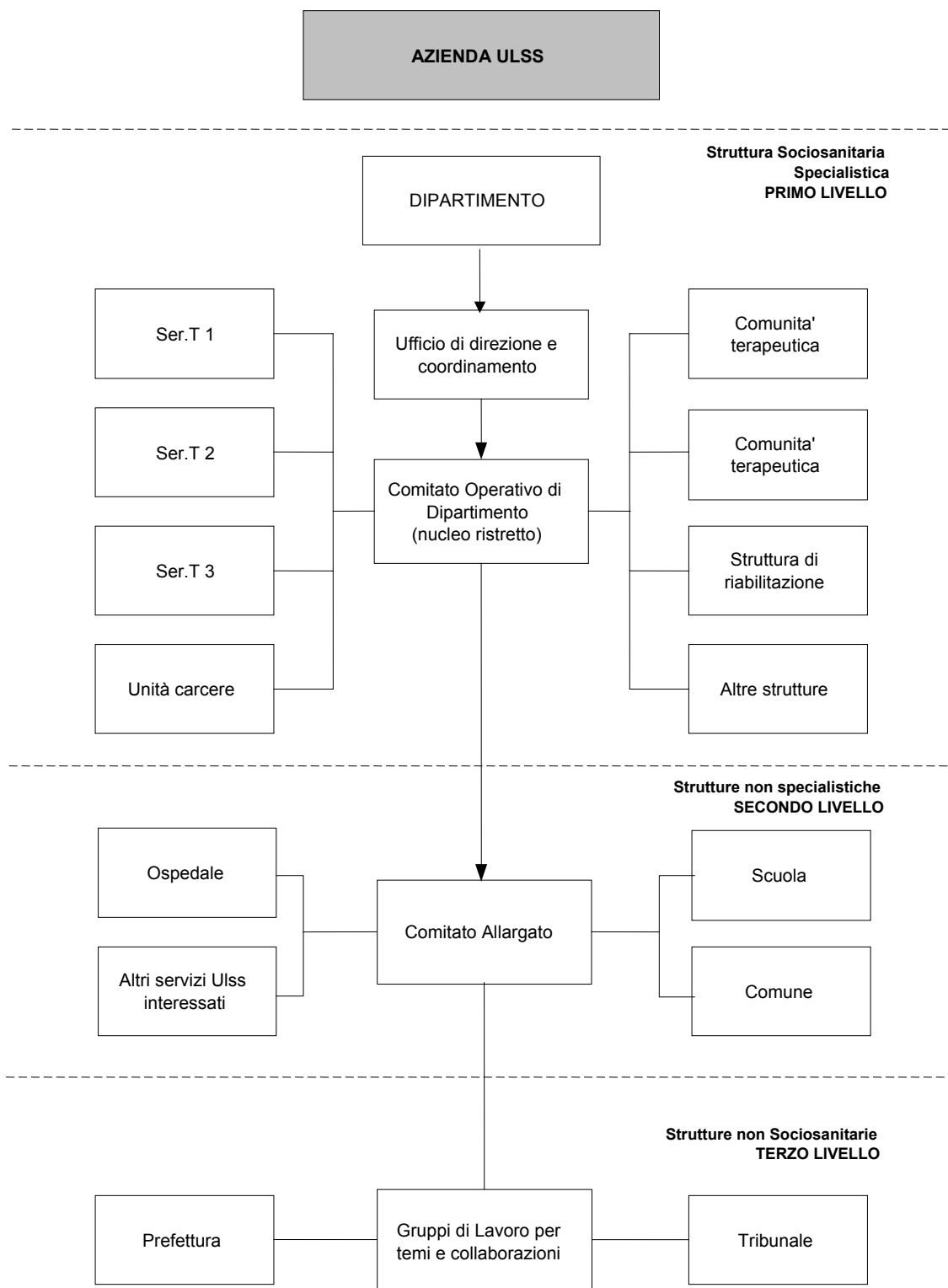
Nella tabella 3 vengono riportate le componenti del Dipartimento ed i loro principali ruoli e funzioni. Appare chiaro che un ruolo centrale in termini di proposizione e promozione appartiene al "comitato operativo" che si avvale poi del "comitato allargato di Dipartimento" con un rapporto periodico e permanente, per la creazione delle politiche di consenso e la verifica dei propri orientamenti.

Tra le diverse unità operative (es. Ser.T, reparti ospedalieri, ecc.) o con le diverse organizzazioni extradipartimentali (es. forze dell'ordine) si rende necessario a volte istituire dei gruppi operativi finalizzati al coordinamento e collegamento, in via temporanea o permanente, su specifiche problematiche. Questi gruppi hanno un valore funzionale e sono molto importanti soprattutto per la possibilità di affrontare in maniera interdisciplinare specifici aspetti e temi arrivando alla stesura di linee guida e protocolli di intesa. I gruppi quindi elaborano proposte e protocolli di intesa per temi specifici da proporre al Comitato Operativo di Dipartimento sulla base delle priorità identificate, promuovono e attuano iniziative concrete.

Le unità operative, i coordinamenti esterni ed i gruppi di lavoro per temi vengono riportati in sintesi nella tabella successiva. Com'è facilmente osservabile appare chiaro che esistono delle strutture che vengono poste all'esterno del Dipartimento in quanto hanno funzioni istituzionali e compiti derivanti estremamente diverse e non confondibili con le organizzazioni sociosanitarie quali ad esempio le organizzazioni deputate al controllo e alla repressione in ambito di ordine pubblico e criminalità.



Fig. 1: L'impianto organizzativo del "sistema" delle tossicodipendenze con una organizzazione dipartimentale



Tab. 3: Componenti del Dipartimento funzionale per le Dipendenze

COMPONENTI DEL DIPARTIMENTO	PRINCIPALI RUOLI E FUNZIONI
DIRETTORE	- Negoza il budget per tutto il Dipartimento con la Direzione strategica - Definisce il budget per le U.O. del Dipartimento - Promuove, attiva e verifica l'attuazione delle linee guida e dei protocolli d'intesa tra le unità operative - Agevola le attività di integrazione culturale tecnica ed operativa tra pubblico e privato sociale accreditato - Si coordina con la Direzione strategica - Promuove il controllo e miglioramento
COMITATO OPERATIVO (Nucleo Ristretto)	- Identifica i problemi e propone le priorità e le possibili soluzioni - Elabora e propone gli indirizzi e le linee guida al Direttore di Dipartimento - Discute e formula proposte di programmazione - Si coordina con la Direzione del Dipartimento
COMITATO ALLARGATO DI DIPARTIMENTO (Nucleo di consenso)	- Discute gli orientamenti proposti dal comitato operativo, propone variazioni o innovazioni, condivide le priorità e le linee guida, evidenzia nuove problematiche - Si coordina con il comitato operativo e si rapporta con la direzione del Dipartimento
UNITÀ OPERATIVE: - Intra Azienda ULSS (specialistiche e non) - Extra Azienda ULSS (specialistiche)	- Forniscono diagnosi e assistenza sociosanitaria e/o socioassistenziale, specialistica multidisciplinare (in via prevalente o secondaria) - Partecipano ai comitati di Dipartimento - Realizza gli obiettivi di budget
GRUPPI DI LAVORO E COLLABORAZIONI	Elaborano proposte e protocolli di intesa per temi specifici da proporre al Comitato operativo sulla base delle priorità identificate, promuovono e attuano iniziative concrete.

Tab. 4: Le unità organizzative, i Coordinamenti esterni del Dipartimento delle Tossicodipendenze

UNITÀ ORGANIZZATIVE	COORDINAMENTI ESTERNI
Ser.T	Prefettura
Servizi di alcologia	Forze dell'ordine
Unità Carcere	Tribunale – Ufficio di Sorveglianza
Comunità terapeutiche	Tribunale – Centro Servizio Sociale Adulti
Medici di medicina generale	Tribunale – Centro Servizio Sociale Minori
Reparti ospedalieri (medicina, malattie infettive)	Carcere
Servizi di Emergenza	Organizzazioni degli Imprenditori
Servizi di Psichiatria	Sindacati e Cooperative



Consultori Familiari	Ufficio Collocamento e patronati
Servizio di Medicina Legale	Associazioni del Volontariato
Servizio Educazione alla Salute	Comune.
Comune, Scuola	Scuola

I GRUPPI DI LAVORO

I gruppi di lavoro rappresentano il vero motore del Dipartimento. Tanto più essi saranno attivi e produttivi e tanto più il risultato sul cliente sarà positivo. È ormai assodato che le organizzazioni trovano la loro reale efficacia se le politiche interne vengono orientate più che al perseguimento di paradigmi “industriali” (il cui obiettivo era raggiungere l’efficacia attraverso una forte attenzione all’efficienza e con marcata specializzazione delle unità operative) o “burocratico” il cui obiettivo era assicurare rigidamente la conformità alle regole interne e il rispetto delle gerarchie, all’introduzione di un paradigma che sposta l’attenzione della “struttura” ai “comportamenti professionali della persona”. Una nuova visione quindi basata sulla flessibilità organizzativa, sul riconoscimento (reale e non solo dichiarato) della centralità del paziente e del fabbisogno di coordinamento sia a livello organizzativo-comportamentale ma soprattutto clinico-culturale. Lo strumento organizzativo utile a raggiungere questi obiettivi e che traduce in concreto l’attuazione di questo paradigma sono proprio i gruppi di lavoro, che possono essere *permanenti* (team working) o *temporanei* (task force) in base al problema da affrontare e presidiare (se a termine o persistente).

La loro istituzione e formalizzazione all’interno del Dipartimento sarà molto importante anche al fine di perseguire quelle politiche di interpretazione fra gli operatori del pubblico e del privato sociale accreditato.

Tab. 5: Principali gruppi di lavoro

GRUPPI DI LAVORO PER TEMI
Prevenzione primaria
Standardizzazione processi diagnostici
Gestione terapie farmacologiche
Gestione della gravidanza, madre e bambino
Gestione minori
Prevenzione patologie correlate
Terapia HIV/AIDS, Epatiti
Detossificazioni rapide
Inserimenti Lavorativi
Valutazione e verifica dei risultati
Formazione manageriale e organizzativa

Responsabilità e funzioni

Direttore di Dipartimento

Le funzioni di coordinamento e direzione del Dipartimento verranno affidate ad un Direttore di Dipartimento delle dipendenze. Il Direttore dovrà agire ricercando l'accordo dei responsabili dei Ser.T, delle Comunità e delle altre unità operative, in armonia con le altre strutture interessate non sociosanitarie e assicurando l'allineamento con gli obiettivi aziendali e regionali.

Il Direttore del Dipartimento sarà scelto dal Direttore Generale tra i responsabili dei Ser.T o delle comunità accreditate che appartengono al comitato operativo Dipartimento. Al ruolo di Direttore del Dipartimento potranno essere nominati (coerentemente con il livello dirigenziale che ricoprono nell'unità operativa di appartenenza) dirigenti con documentate e verificate qualifiche e riconoscimenti nel campo dell'organizzazione, dell'assistenza, della formazione, della pubblicazione sugli argomenti specifici, e nel campo del coordinamento di gruppi e progetti di ricerca/intervento affidati formalmente da enti ed organizzazioni istituzionali.

L'incarico di Direttore di Dipartimento dovrà essere sottoposto a verifiche e riconferme sulla base dei risultati raggiunti relativamente agli obiettivi concordati.

Il ruolo del Direttore di Dipartimento si configura anche come coordinatore del progetto del Fondo Regionale Lotta alla droga.

Il Dipartimento, si coordinerà, mediante modelli operativi definiti da linee guida e da protocolli concordati ed adottati da tutte le unità operative individuate come facenti parte del Dipartimento stesso, riunite nel comitato organo di Dipartimento.

Le linee guida e i protocolli operativi assunti dal Dipartimento dovranno essere redatte sulla base di criteri, standard ed evidenze scientifiche di efficacia.

Il Direttore di Dipartimento potrà avere a disposizione un "ufficio di direzione e coordinamento" dotato di un proprio staff dedicato, di un budget economico per le funzioni di coordinamento, riconosciuto alla Unità Operativa di appartenenza del Direttore. Tale ufficio opererà a supporto del direttore, potrà avere sede presso l'unità operativa sede del Direttore.

Le principali attività del Direttore del Dipartimento sono riportate nella tabella 6 successiva.

Comitato Operativo (nucleo ristretto esecutivo)

Il Comitato Operativo ristretto è formato dai responsabili dei Ser.T, delle comunità terapeutiche accreditate e tutti gli altri "organismi" che in via prevalente si occupano di tossicodipendenza formalmente accreditate dalla Regione. Questo Comitato, considerato le componenti, ha una valenza intra ed extra aziendale. Il Comitato Operativo è il vero organo di programmazione interna e coordinamento del Dipartimento per le Dipendenze, e gli compete la predisposizione del "progetto generale di intervento". Questo organo dovrà garantire pluralità, trasparenza e pari dignità tra le varie unità operative consentendo di incentivare l'applicazione del moderno modello aziendale a "responsabilità diffusa e coordinata" evitando concentrazione di potere deresponsabilizzanti e demotivanti le singole unità operative.

Le singole unità operative dovranno conservare l'autonomia nei progetti di ricerca, mentre per quelli di intervento che riguardino prestazioni "trasversali" sull'utenza anche delle altre unità operative, dovranno essere coordinati all'interno del comitato.

Il Comitato identifica le priorità e le possibili soluzioni, elabora e sottopone le proposte di linee guida al comitato allargato di Dipartimento. Svolge attività operative in ambito di pianificazione operativa e preparazione dei documenti di base tecnico-scientifici per la preparazione delle linee guida.



Comitato allargato di Dipartimento

Il Dipartimento per le Dipendenze avrà un Comitato Allargato di Dipartimento, presieduto dal coordinatore, a cui parteciperanno tutti i responsabili delle unità operative impegnate anche in maniera non prevalente nelle attività di prevenzione cura e riabilitazione ai tossicodipendenti. Il comitato allargato è il vero organo di creazione di consenso e opererà secondo criteri in sintonia con le strategie aziendali e regionali e si riunirà almeno due volte all'anno.

Responsabili delle Unità Operative

Ai **Responsabili dei Ser.T** saranno affidati compiti di direzione e controllo dell'assetto organizzativo complessivo del Servizio e le responsabilità relative alle risorse assegnate, previste a suo tempo per i compiti di cui al decreto del Ministero della Sanità, ferme restando quindi le loro responsabilità dirette in ambito organizzativo e di risultato economico.

Il responsabile del Ser.T, avrà un proprio centro di responsabilità e di costo, mantenendo autonomia di gestione delle risorse assegnate e quella tecnico-funzionale sulla base del budget negoziato con il Direttore di Dipartimento (vedi tab. 6).

Tab. 6: Principali attività del Direttore di Dipartimento

AMBITI	PRINCIPALI ATTIVITÀ
DIREZIONE E COORDINAMENTO - Supervisiona le U.O. - Definisce linee guida e standard	- Negoza il budget per tutto il Dipartimento con la Direzione strategica - Definisce il budget per le U.O. del Dipartimento - Si rapporta e si coordina con la Direzione strategica - È responsabile delle attività trasversali quali la prevenzione primaria, l'assistenza in carcere e gli altri interventi - Propone alla direzione strategica la valutazione dei dirigenti responsabili dell'U.O. - Si coordina con il comitato operativo
ORGANIZZAZIONE Organizza e coordina i gruppi di lavoro trasversali	- Organizza le U.O. del Dipartimento - Promuove attività per l'integrazione degli operatori delle strutture pubbliche e private - Garantisce e presiede lo svolgimento delle riunioni di comitato di Dipartimento - Gestisce e distribuisce le risorse umane tra le U.O. del Dipartimento in base ai bisogni rilevati
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	- Predisporre il "progetto generale di intervento" del Dipartimento - Predisporre per la Direzione strategica il piano di zona alla tossicodipendenza - Attua una valutazione delle performance delle varie U.O. - Cura l'attività di reporting - Propone e verifica la rispondenza alle procedure e ai processi del Dipartimento da parte delle singole U.O. - Attua correttivi al fine del raggiungimento degli obiettivi di budget (attività e costi) concordati con la direzione strategica
FORMAZIONE	- Attiva e predispone attività di formazione per gli operatori del Dipartimento in ambito tecnico-scientifico e organizzativo-manageriale. - Promuove la cultura del Total Quality Management - Garantisce adeguata formazione sulle norme di sicurezza professionale
RAPPORTI	- È subordinato alla direzione strategica - È sovraordinato ai responsabili delle U.O. - Garantisce la continuità dei rapporti operativi con gli enti esterni (prefettura, scuola, enti locali, ecc.)

Tab. 7: Principali attività del responsabile dell'U.O.

AMBITI	PRINCIPALI ATTIVITÀ
DIREZIONE E COORDINAMENTO	- Negozia il budget della propria U.O. con il Direttore di Dipartimento - Dirige gli operatori delle U.O. - Applica le linee guida degli standard del Dipartimento - Valuta i propri operatori - È responsabile del risultato economico della propria U.O. (attività e costi)
ORGANIZZAZIONE	- Organizza gli operatori e i gruppi di lavoro interni alle U.O. - Promuove l'integrazione multidisciplinare - Garantisce la diffusione delle informazioni derivanti dal Dipartimento agli operatori dell'U.O. - Affida funzioni e compiti agli operatori - Garantisce la partecipazione dei propri operatori a gruppi trasversali
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	- Propone il proprio budget al Direttore di Dipartimento - Assicura e controlla il raggiungimento dei propri obiettivi di budget (attività e costi) - Pone in essere eventuali correttivi e/o rinegozia con il direttore del Dipartimento gli obiettivi - Programma e controlla le attività dell'U.O. coerente con le indicazioni dipartimentali ed aziendali
FORMAZIONE	- Garantisce la partecipazione alle attività di formazione del Dipartimento dei propri operatori - Provvede alla formazione sulle norme di sicurezza professionale - Rileva i bisogni formativi e li propone al Dipartimento - Collabora all'attività di formazione del Dipartimento
RAPPORTI	- È subordinato al direttore di Dipartimento - È sovraordinato agli operatori dell'U.O. che dirige - Garantisce la continuità dei rapporti con il Dipartimento

Tab. 8: I principali problemi da presidiare e su cui sviluppare le linee guida

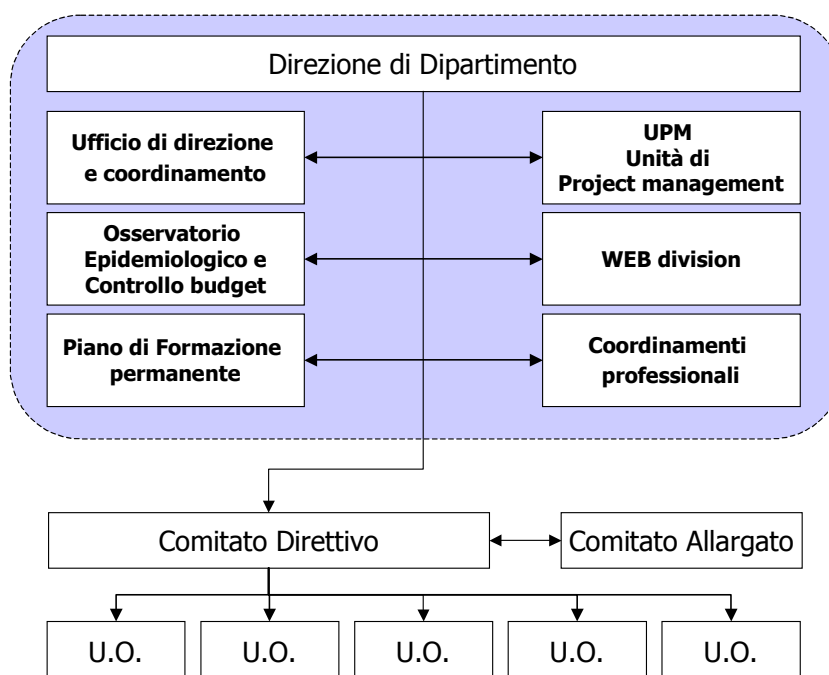
PRINCIPALI PROBLEMI	
1	Processo di accoglienza
2	Gestione urgenza
3	Processi diagnostici
4	Processi terapeutici e riabilitativi
5	Processi di prevenzione e logiche correlate
6	Valutazione a controllo: - Prestazioni erogate - Esiti raggiunti (grado di salute aggiunta e di patologia evitata) - Costi



Lo staff di direzione

Al fine di rendere la direzione del Dipartimento veramente efficace ed in grado di governare il sistema, risulta utile prevedere uno staff di supporto alla direzione e al comitato direttivo in grado di presidiare le aree più importanti per un corretto e fluente funzionamento del Dipartimento nel suo complesso. Per poter avere una organizzazione in grado di affrontare agevolmente le situazioni, occorre dividere i compiti identificando precise aree di operatività e conseguentemente definire le responsabilità (chi fa che cosa). Il modello successivo è stato individuato sulla base delle reali necessità operative individuate durante l'esercizio di attività dipartimentali presso la ULSS 20 di Verona. La figura successiva riporta le aree di operatività che dovrebbero essere attivate con specifici compiti. Le professionalità necessarie per attivare le varie aree operative dovrebbero essere ricercate all'interno delle stesse U.O. del Dipartimento con affidamenti di incarichi formali e il compito di relazionare al comitato direttivo al fine di condividere e diffondere le informazioni e le modalità operative comuni.

Fig. 2: staff di direzione



La tabella successiva riporta in sintesi i principali compiti delle varie aree operative di staff.

Tab. 9: Area operative di staff e principali compiti

N.	AREA OPERATIVA	PRINCIPALI COMPITI
1	Ufficio di direzione e coordinamento	Amministrativo, supporto tecnico preparazione delibere e convenzioni. Coordinamento rapporti con l'esterno. Comunicazione interna (garantire la circolazione delle informazioni). Supporto tecnico al comitato direttivo. Reportistica STD. Scadenziario. Coordinamento generale delle aree di operatività sottostanti.
2	Osservatorio epidemiologico e Controllo di Gestione	Mantenimento data base del Dipartimento sui soggetti assistiti (valutazione dei bisogni). Valutazione dei bisogni e della domanda. Monitoraggio malattie diffuse. Delta system tra U.O. (analisi degli scostamenti produttivi). Valutazione permanente dei risultati (in termini di impatto sociale ed epidemiologico del fenomeno). Controllo costante del budget assegnato (realizzazione obiettivi e utilizzo programmato delle risorse - controllo dell'offerta). Allineamento dei principali processi assistenziali tra le U.O.. Valutazione dell'output (prestazioni erogate): volumi, densità su paziente, Qualità. Valutazione dell'outcome (esiti dei trattamenti) sulle presenze in carico. Controllo del recupero della Mobilità da parte delle U.O.
3	Piano di Formazione ed Aggiornamento permanente	Allineamento delle conoscenze tra le U.O.. Gestione piano di formazione interno annuale (principali temi: TQM, protocolli e processi assistenziali, aggiornamento sulle dipendenze – diagnosi, terapie, prevenzione incidenti professionali, conoscenze di base – informatica, organizzazione, ecc., patologie correlate - malattie infettive, psichiatriche, reinserimento...).
4	WEB Division	Preparazione e realizzazione corsi di formazione annuali per personale esterno (educatori, insegnanti, ecc..).
5	UPM - Unità di Project management	Mantenimento sistema informativo e reti internet tra le U.O. del Dipartimento. Coordinamento protocolli e STD di comunicazione tra U.O.. Coordinamento con il settore informatico aziendale.
6	Coordinamenti professionali: <i>Infermieristico</i> <i>Medico internistico/infettivo logico</i> <i>Psichiatrico</i> <i>Psicologico</i> <i>Ass. sociale</i> <i>Educativo</i> <i>Amministrativo</i>	Coordinamento e supervisione generale delle attività di progetto delle singole U.O. (con autonomia tecnico funzionale). Allineamento delle metodologie di PM nella fase di proposta, gestione e rendicontazione. Standardizzazione della reportistica e della valutazione dei risultati. Controllo di qualità delle attività di progetto.
		Approfondimento e formazione specialistica Coordinamento operativo trasversale a tutte le unità operative (rilevamento problemi specifici e segnalazione al comitato direttivo) Allineamento delle conoscenze e dei processi assistenziali Allineamento delle metodologie del lavoro in equipe multidisciplinare



COLLABORAZIONI CON ALTRI DIPARTIMENTI

Il Dipartimento delle dipendenze dovrà prevedere di instaurare forti collaborazioni con altri dipartimenti ed in particolare con il Dipartimento di neuropsichiatria infantile e il settore materno infantile e il Dipartimento di psichiatria. Risulta chiara l'importanza di attuare politiche di coordinamento con questi diversi settori sia per i programmi di prevenzione e di supporto precoce alla famiglia che di migliore gestione della comorbidità psichiatrica sempre più presente ed associata all'uso di sostanze.

Queste collaborazioni dovranno però prevedere il mantenimento dell'autonomia tecnico funzionale, organizzativa e di budget del Dipartimento delle dipendenze in modo da rendere la struttura più direttamente responsabilizzata e autonoma nella programmazione ma soprattutto nella gestione dei programmi di intervento. La specificità delle problematiche da affrontare nel campo della tossicodipendenza e la particolarità delle varie classi di clienti fa sì che per un efficace intervento debba essere prevista e mantenuta una specifica organizzazione non commista a quella per la psichiatria e le problematiche materno infantili. Una grande risorsa per il supporto alle famiglie potrebbe derivare anche da un diretto coinvolgimento dei consultori familiari che dovrebbero essere riorientati verso la gestione di questo tipo di problematiche. Il loro utilizzo odierno infatti appare generalmente sottodimensionato rispetto alle risorse stanziate.

Altre importanti collaborazioni interaziendali potranno essere attivate relativamente ai reparti di malattie infettive.

ALTRE SPECIFICHE

Unità di detossificazione rapida

Ogni Dipartimento è opportuno che abbia nel suo interno una struttura adibita ai trattamenti per la detossificazione rapida da oppiacei (eroina e/o metadone). Tali strutture dovranno garantire la sicurezza, l'efficacia delle cure e la loro gratuità. Da varie esperienze si è potuto osservare come tali attività possano essere fatte sia in ambiente ospedaliero ma anche in ambiente protetto opportunamente attrezzato e controllato presso le comunità terapeutiche. Alcune esperienze hanno anche dimostrato una buona efficacia, sicurezza e gestibilità in regime domiciliare, con un contesto familiare idoneo, supportato con operatori professionali e soprattutto con un successivo programma di inserimento in comunità terapeutica.

Carcere

Partendo dal presupposto che il carcere non può essere ritenuto un ambiente di cura del problema della tossicodipendenza e che le politiche fino ad oggi perseguite non hanno portato a risultati soddisfacenti sia dal punto di vista socioriabilitativo della persona che dal punto di vista dell'incongruo sovraffollamento dell'ambiente carcerario (anche in conseguenza alle problematiche relative all'immigrazione clandestina), vi è l'impellente necessità di riorganizzare fortemente le attività di assistenza alle persone tossicodipendenti in carcere.

Con il passaggio della medicina penitenziaria nelle competenze delle aziende sanitarie, l'assistenza ai tossicodipendenti reclusi dovrebbe trovare una più efficiente soluzione agli importanti problemi tuttora esistenti. Pertanto si auspica che questo possa avvenire in tempi brevi.

Le politiche di intervento in questa ambiente dovrebbero essere tese ad incentivare le persone recluse affinché intraprendano percorsi riabilitativi ad alta soglia, attraverso l'affidamento in prova ai servizi sociali, ai Ser.T ed alle Comunità. Contemporaneamente non vanno dimenticate le gravi patologie correlate alla tossicodipendenza che devono trovare in ambito carcerario un momento per una migliore e più tempestiva definizione diagnostica e terapeutica.

Un efficace soluzione potrà essere raggiunta se si attueranno scelte organizzative tendenti alla realizzazione di unità operative specifiche per i tossicodipendenti all'interno delle strutture

carcerarie dotate di autonomia tecnica e gestionale e fortemente integrate nel Dipartimento delle Dipendenze.

Unità funzionali interne ai Ser.T

Al fine di rendere più omogenea l'offerta assistenziale sul territorio Regionale e coerente con le priorità di intervento individuate dalla Regione, i Ser.T potranno essere organizzati nel loro interno in unità funzionali anche sulla base di particolari bisogni locali. Le unità funzionali potranno essere attivate sulla base dell'esistenza di effettivi bisogni che richiedano attività rilevanti a favore di un alto numero di pazienti, connotino reali responsabilità con derivanti specifici incarichi dirigenziali di posizione e non facciano riferimento a sole attività legate a progetti a termine. Le Unità funzionali (U.F.) la cui istituzione è considerata prioritaria sono: U.F. per le attività di prevenzione primaria, U.F. per il contatto precoce dei tossicodipendenti anche tramite unità mobili, U.F. per prevenzione e la cura delle patologie correlate, U.F. per il reinserimento sociale e la prevenzione della ricaduta, l'U.F. di alcologia e l'U.F. per la valutazione dei trattamenti con attività di ricerca e sviluppo progettuale.

Per questa ultima unità e per quella di prevenzione primaria è ragionevole e consigliata l'attivazione in sede dipartimentale con valenza quindi di servizio e coordinamento trasversale per tutte le unità organizzative, relativamente anche alle tecniche di project management, alle metodologie di contabilizzazione finanziaria e valutazione dei risultati.

LE COMUNITÀ TERAPEUTICHE

Componenti fondamentali del Dipartimento sono le comunità terapeutiche, le quali (se accreditate a livello regionale) devono essere considerate unità operative a tutti gli effetti ed inserite nel comitato operativo. Le comunità terapeutiche svolgono un ruolo ed un importante funzione nel percorso terapeutico-riabilitativo della persona tossicodipendente e devono essere viste come organizzazioni complementari e non alternative o addirittura in opposizione ai Ser.T. Tutto questo alla luce delle nuove tendenze nazionali che sempre più, con gradualità, si orientano a modelli impostati a superare ed abbandonare il concetto di "ente ausiliario" per arrivare a quello di "ente autonomo fortemente coordinato" con le strutture pubbliche, con le quali si dovranno condividere (in una visione di sistema), principalmente: obiettivi, metodi di valutazione, criteri di selezione per l'accesso alle varie forme di trattamento, modalità di invio e orientamento ai vari trattamenti.

Risulta evidente però che per tale nuovo orientamento le comunità terapeutiche avranno come vincolante criterio di accreditamento, il fatto di accettare la condivisione (in un sistema dipartimentale) dei criteri sopra esposti e di concertare la loro programmazione con il Dipartimento.

È auspicabile quindi che in futuro si attivino trasformazioni al fine di acconsentire anche l'accesso diretto ai servizi offerti dal privato sociale accreditato "no profit" delle persone tossicodipendenti, alle varie forme di trattamento e all'introduzione della logica budgettaria.

Introdurre il budget anche per le comunità terapeutiche vuol dire predefinire obiettivi organizzativi, attività prestazioni (volume e qualità) e risorse dedicate, con un rapporto tra comunità e Dipartimento paritetico a quello dei Ser.T.

La Regione auspica l'attivazione di forme sperimentali in questo senso ma a tal fine le aziende ULSS interessate dovranno preconcordare appositi programmi con le strutture regionali competenti.

In questa ottica sperimentale vi è però anche la necessità di studiare ed applicare sistemi i quali garantiscano che i criteri utilizzati per l'ammissione degli utenti ai trattamenti, per la permanenza o per la dimissione siano uguali anche per i servizi pubblici.

Inoltre dovranno essere studiate e messe in opera specifiche procedure finalizzate ad evitare il possibile fenomeno dell'"inserimento improprio" adottando formali processi e protocolli



diagnostici e di valutazione dell'outcome standard, concordati in sede dipartimentale. È ovvio che per l'introduzione di sistemi così orientati è necessaria estrema cautela e tempi compatibili con la formazione di nuovi modelli culturali e competenze ad oggi non esistenti. Ciò non toglie che si debba iniziare un percorso che troverà sicuramente forte sviluppo negli anni a venire. La naturale conseguenza potrebbe essere quella di arrivare ad un sistema dove diverse realtà offrono prestazioni ed opportunità in maniera coordinata e vengano opzionate dal cliente e selezionate sulla base, dei processi utilizzati, delle garanzie tecnoscientifiche presenti e dei risultati ottenuti.

In questa logica bisogna essere consapevoli che le organizzazioni del privato sociale accreditato (no profit) dovranno acquisire "in proprio" (anche se in maniera coordinata) le funzioni assistenziali sulla singola persona di: riconoscimento e definizione del bisogno, possibilità di generare la spesa, responsabilità diretta del caso, definizione degli obiettivi e del programma terapeutico-riabilitativo in autonomia.

A questo proposito il Dipartimento per dipendenze può essere la sede adatta dove iniziare a studiare e sperimentare tali nuovi orientamenti e per questo si ritiene indispensabile, per le aziende ULSS che intendano sperimentare tali iniziative, un vincolante e forte coordinamento con le strutture regionali competenti.

Infine risulta utile ribadire che i sistemi di valutazione necessari per controllare queste trasformazioni e i risultati prodotti dovranno essere applicati in forma uguale sia sui Ser.T che sulle comunità attraverso il Dipartimento.

I MEDICI DI MEDICINA GENERALE

Una componente importantissima a tutt'oggi pochissimo coinvolta, è quella dei medici di medicina generale (MG). A questo proposito è stato sottolineato più volte l'opportunità di coinvolgere questi professionisti sin dall'inizio dei programmi terapeutici, instaurando un rapporto dinamico con reciproci scambi di informazioni e consegne. Essi, ad oggi, svolgono un ruolo marginale nella gestione del tossicodipendente. Considerando che praticamente, salvo eccezioni, un medico di MG è in grado di seguire in modo ottimale 4-5 tossicodipendenti, la loro valorizzazione e l'utilizzo delle potenzialità di questi medici e delle proficue relazioni che si possono instaurare con il Dipartimento, fa sì che essi debbano entrare a tutti gli effetti come componente. Non va dimenticato che il medico di medicina generale è medico della persona e molto spesso della famiglia, ed è in grado di cogliere aspetti e condurre interventi nel quotidiano che nessun servizio specialistico può attuare.

NUOVE NECESSITÀ

Considerata l'evoluzione del fenomeno tossicodipendenza all'interno del Dipartimento per le Dipendenze dovranno essere promosse attività (anche tramite Unità funzionali specifiche) che enfatizzano la Prevenzione Primaria dell'uso di sostanze stupefacenti e la riduzione della domanda con il compito di definire e sviluppare dei protocolli di intervento che avviino programmi operativi a livello di comunità locale in questo settore. Tali protocolli di intervento prevedono tra l'altro:

- valutazione precoce di fattori determinanti lo stato di vulnerabilità alla dipendenza da sostanze con supporto specifico alle famiglie;
- iniziative di sensibilizzazione e animazione per la promozione della salute con il concorso attivo dei giovani attuate anche in forma autogestita, intese comunque quale parte di un programma più articolato di interventi;
- iniziative di informazione e di sensibilizzazione rivolte alle famiglie concernenti le problematiche dell'adolescenza, le difficoltà educative, i fattori di rischio e di protezione

dal disagio, il miglioramento della comunicazione intergenerazionale, la trasmissione di valori positivi alla crescita, all'autoresponsabilizzazione e alla emancipazione;

- iniziative di sensibilizzazione alla promozione della salute rivolte agli insegnanti di ogni ordine e grado;
- campagne di informazione sui rischi connessi all'uso di droghe ed in particolare alle droghe ricreative nei luoghi di aggregazione quali le discoteche, gli stadi con il coinvolgimento degli opinion leaders (disk jockey, animatori, leaders di tifosi, calciatori);
- interventi di contatto con gruppi di adolescenti a rischio sulla strada;
- iniziative di sensibilizzazione rivolte alla comunità locale con la costituzione di operatori informali di quartiere.

All'interno di ogni Dipartimento verrà altresì istituita una "unità funzionale" di alcologia, con compiti di prevenzione, diagnosi, trattamento dei problemi alcol correlati e delle alcol dipendenze.

La necessità di integrare fortemente le attività alcologiche con quelle relative all'assunzione di sostanze nasce soprattutto oltre a problemi di ordine organizzativo e di ottimizzazione dell'uso delle risorse, dal fatto che moltissimi giovani stanno utilizzando grandi quantità di alcol contemporaneamente all'assunzione di sostanze anfetaminiche o simili. Sempre più inoltre l'alcol rappresenta la sostanza psicoattiva di "iniziazione" e di entrata nel mondo delle droghe illegali dei giovanissimi. Per questi motivi vi è la necessità di coordinare fortemente le politiche e gli interventi riguardanti le sostanze d'abuso legali (alcol, psicofarmaci, tabacco) e illegali (varie forme di droghe) con una specifica unità funzionale.

IL BUDGET: SISTEMA DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Al fine di chiarire il significato del termine "budget", va sinteticamente ricordato che esso deve essere inteso come uno strumento di programmazione e controllo utile e necessario per il governo delle unità organizzative.

Il budget contiene una serie di obiettivi da raggiungere attraverso attività specifiche, e la definizione delle risorse disponibili per tali attività.

Non è quindi una "somma a disposizione" o un "tetto da superare", ma uno strumento negoziato di responsabilità economica e non solo finanziaria, che definisce precisamente le cose da fare, le risorse a disposizione e i tempi di esecuzione.

L'azienda ULSS dovrà prevedere per il Dipartimento un specifico budget (master budget di Dipartimento). La negoziazione del budget da parte del direttore di Dipartimento dovrà avvenire direttamente con la direzione strategica dell'azienda.

Il Direttore di Dipartimento a sua volta avrà il compito di definire e negoziare i singoli budget per le varie unità operative (budget U.O.).

Al fine di governare il sistema e di razionalizzare gli impegni di spesa e quindi le risorse assegnate, sarà indispensabile mettere a punto un sistema di valutazione e controllo in grado di rendere visibili e comprensibili le prestazioni erogate (output) gli effetti prodotti (outcome) a fronte delle risorse impegnate (input) in modo da poter realmente comprendere "in progress" il raggiungimento degli obiettivi assegnati sia in ordine economico che finanziario.

A tal fine sarà indispensabile che ciascun Ser.T rilevi le prestazioni erogate con sistemi di registrazione in grado di imputare per ogni singolo paziente le prestazioni erogate dal singolo operatore secondo lo standard MFP.

Molta attenzione dovrà essere posta affinché le modalità di raccolta e verifica delle prestazioni, siano standardizzate tra le singole unità operative omogenee per compiti e funzioni.



Tab. 10: I dieci criteri di qualità del Dipartimento

CRITERI		INDICATORE	STANDARD MINIMO
1	<i>Attività del comitato operativo</i>	- Frequenza di riunioni - Verbale/sintesi riunione	- Una riunione al mese - presenza
2	<i>Buon grado di consenso fra i partecipanti al comitato operativo</i>	Soddisfazione su: - Modalità di coordinamento - Attività generale del Dipartimento	Parere positivo: - >70% - >80%
3	<i>Presenza di linea guida e processi formalizzati</i>	Documentazione esistente e formule con rappresentazioni standard	Linea guida su: - Processi diagnostici - Terapia sostitutiva Processi di: - Accoglienza - Entrata in terapia
4	<i>Leadership partecipata, con empowerment</i>	Grado di decentramento della responsabilità e delle decisioni	Presenza di autonomia tecnico organizzativa dell'U.O.
5	<i>Presenza di una lettura epidemiologica dei bisogni e della domanda</i>	Report epidemiologico su bisogni stimati e domanda espressa	1 report a sei mesi su STD del Ministero della Sanità
6	<i>Presenza di un sistema di budget con valutazione delle prestazioni erogate e costi generati</i>	- Scheda di budget	Presenza e utilizzo
		- Sistema registrazione prestazioni con report	Presenza e utilizzo
		- Report analisi costi	Ogni 6 mesi
7	<i>Formazione permanente su aspetti: Tecnico scientifico Organizzativi-manageriali Sicurezza professionale</i>	Numero di incontri di formazione: - Tecnico scientifici - Organizzativi - Sicurezza	- 1 incontro mensile - 1 incontro bimensile - 1 incontro semestrale
8	<i>Presenza attività strutturata di reporting sull'attività e costi (risultato economico)</i>	Report specifici	1 annuale
9	<i>Adozione della piattaforma multifunzionale MFP e il collegamento in rete internet (Dronet/Evelink)</i>	- MFP installato e funzionante in tutte le U.O. - Collegamenti attivi	Presenza
10	<i>Presenza di "Sistemi di Valutazione" dei trattamenti "outcome"</i>	- Report periodici individuali - Report periodici di gruppo	1 report a 6 mesi

Tab. 11: I cinque requisiti minimi organizzativi per la definizione del Dipartimento delle Dipendenze

REQUISITI MINIMI	
1	Presenza della struttura organizzativa di base (direzione, comitato operativo, comitato allargato)
2	Presenza di un programma delle attività o piano di zona area tossicodipendenza
3	Presenza nel comitato operativo del privato sociale accreditato, contrattualizzato dall'ULSS e residente nel territorio
4	Presenza di un budget di Dipartimento
5	Allineamento e coerenza con le indicazioni regionali in materia

RAPPORTI TRA DISTRETTO E DIPARTIMENTO

Vi sono diversi modelli di relazione che si possono instaurare con il distretto e questo dipende dall'assetto organizzativo che ha scelto l'azienda e dal tipo di distribuzione del potere anche all'interno del distretto stesso. Il modello di distretto che si è dimostrato più efficiente e con un buon grado di fattibilità è quello a dipartimenti forti e orientati quindi in senso strutturale, dove il distretto ha come funzione principale quella di rappresentare e governare la domanda, leggere il bisogno e valutare la relativa offerta, controllando contestualmente la soddisfazione di questi bisogni. Il distretto ha anche un ruolo di produzione propria su alcune attività di sanità generale e di relazione con i medici di medicina generale, ma non gestisce le risorse dei dipartimenti.

I vari dipartimenti quindi sono attivati per aspetti specifici (prevenzione, dipendenze, salute mentale, ecc.) ed hanno responsabilità sui fattori produttivi, gestiscono le risorse e producono direttamente l'offerta connotandosi quindi prevalentemente come dipartimenti strutturali operanti su tutto l'ambito aziendale. Il distretto in questa logica è un "cliente interno" del Dipartimento di cui ne controlla anche, per area territoriale, l'offerta nel suo volume relativo alla domanda e nella sua qualità. Il Dipartimento quindi gestisce direttamente le risorse e i fattori produttivi e negozia il budget con la direzione strategica, producendo e governando l'offerta tramite proprie unità operative.

I dipartimenti così definiti sono orientati anche al coordinamento tecnico scientifico al fine di allineare le conoscenze e i processi assistenziali su tutto il territorio aziendale.



Fig. 3: Struttura organizzativa del Distretto a Dipartimenti forti

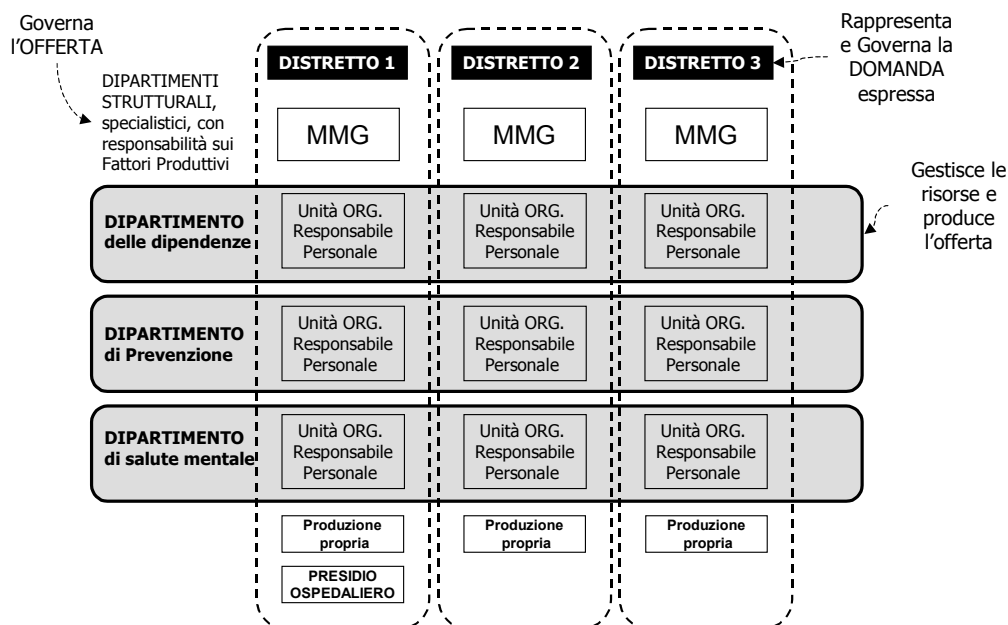
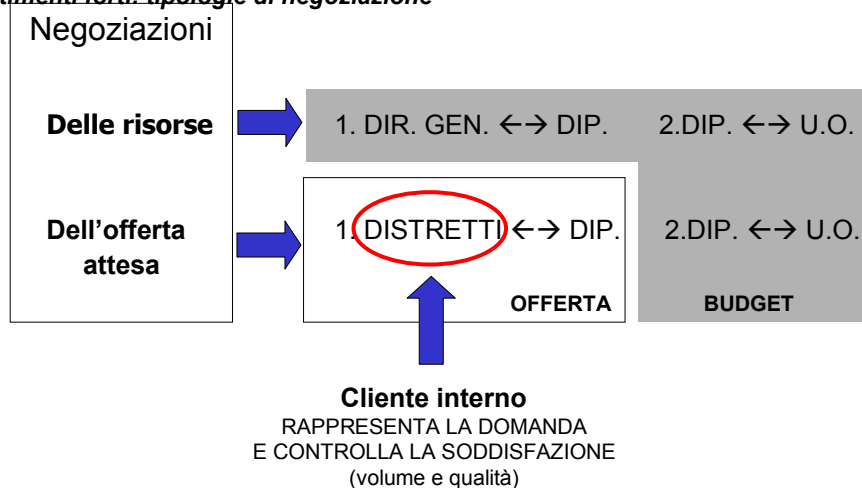
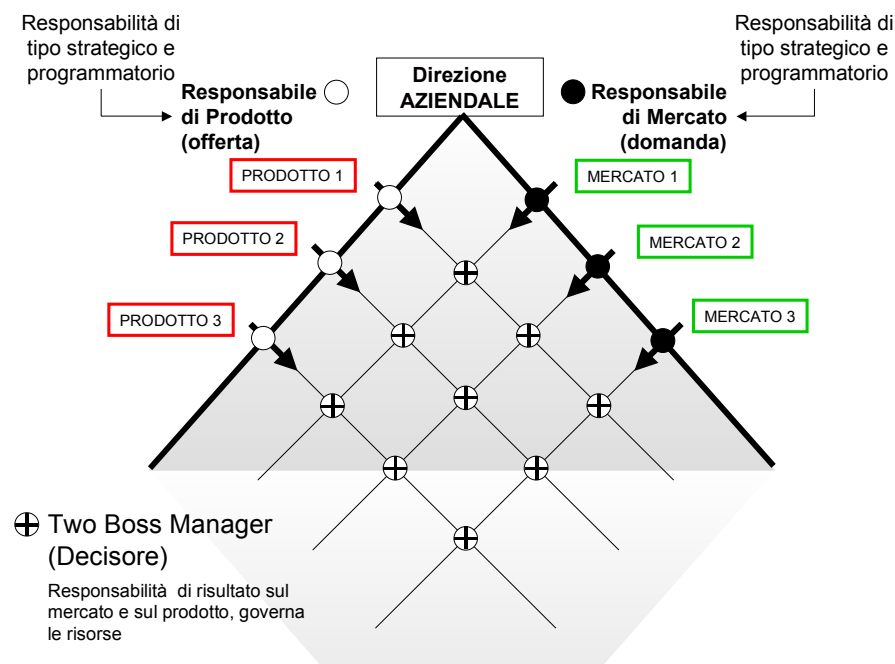


Fig. 4: Dipartimenti forti: tipologie di negoziazione



Un modello più complesso di rapporto tra distretto e Dipartimento è quello Matriciale di cui la figura 4 ne dà una rappresentazione schematica. Questo modello prevede che vi sia un responsabile di “prodotto” e cioè dell’offerta (nel nostro caso il direttore di Dipartimento), un responsabile di “mercato” e cioè della domanda (nel nostro caso il responsabile di distretto), ambedue con responsabilità di tipo strategico programmatico. Esiste poi il cosiddetto “Two Boss Manager” che è un decisore con responsabilità di risultato sul mercato e sul prodotto, con facoltà di governo sulle risorse.

Fig. 5: Modello matriciale



CONCLUSIONI

L'organizzazione dipartimentale può agevolare l'integrazione delle varie unità operative, creando una risposta migliore e più coerente ai bisogni del territorio. Va tuttavia considerato che le organizzazioni socio-sanitarie non acquisiscono la loro efficacia, per il solo fatto di diventare efficienti, e che l'enfasi in campo organizzativo per creare un vero “sistema” di efficace risposta ai bisogni derivanti dalla tossicodipendenza, è da porre senz'altro sulle modalità organizzative delle varie U.O., ma attiva soprattutto sul “team working” e cioè sulle persone che lavorano e relazionano all'interno di esse. La motivazione professionale, la correttezza delle relazioni e la compartecipazione ultima nei processi decisionali sono i fattori più importanti per creare un buon “clima” di lavoro e rendere le organizzazioni efficaci e nel contempo efficienti.



BIBLIOGRAFIA

- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997
- Costa G., Nacamulli R.C.D., Manuale di organizzazione aziendale, UTET
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drus users, EMCDDA, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Gaia E., Poncini D., Il Dipartimento ospedaliero, Edizioni Minerva Medica, 1996
- Galbraith J., La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni, Problemi di gestione, vol.9, 1975
- Galbraith J., Organization desing, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Gartner Group, Rapporto sui principali tools per interventi di Business Process Reengineering, 1998-99
- Grandori A., L'organizzazione delle attività economiche, Il Mulino, 1995
- Grilli R., Penna A.e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Guzzanti E. et AL, Aree funzionali omogenee e dipartimenti, Federazione Medica, 4-8, novembre 1994
- Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling&Kupfer, 1993
- Hammer M., Ripromettiamo il lavoro: automatizzare non basta, bisogna rivoluzionare, Harward Espansione, 1990
- Hronec S.M., Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda, Franco Angeli, 1995
- Jefferson T., Demincherelli V., Mugford M., La valutazione economica degli interventi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Marchiali R., Rognoni G., Cause Effetti in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994
- Meneguzzo M., Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione dell'efficacia dei network sanitari, Mecasan, n°19 1996
- Mintzberg H., Le strutture organizzative, Il Mulino, 1985
- Montironi M., Genova M., Riorganizzare i servizi pubblici, Sviluppo & Organizzazione, n.167, 1998
- Mooney G., Problemi chiave dell'economia sanitaria, a cura di Garattini L., Il Pensiero Scientifico Editore, 1996
- Normann Richard, La gestione strategica dei servizi, ETASLIBRI, 1984
- Oggioni E., Le organizzazioni professionali a network, Sviluppo & Organizzazione, n°.140, 1993
- ONU, World Drug report 2000, United Nations Office for Drug Contorl and Crime Prevention, 2000
- Perrone V., Le strutture organizzative d'impresa, EGEA, 1990
- Rachele U., Perrone V., Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo, Economia & Mangement
- Ruffini R., Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, Mecosan n°18, 1996
- Rugiadini A., Organizzazione d'impresa, Giuffrè, 1979
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, 1996
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999



IL MANAGEMENT DI SE STESSI E DEGLI ALTRI

Lorenzo Rampazzo

Coordinamento Regionale - Direzione per i Servizi Sociali - Regione Veneto

INTRODUZIONE

Gli operatori delle tossicodipendenze rappresentano un gruppo professionale con un carico di lavoro speciale. Infatti, spettano loro responsabilità specialistiche nei diretti confronti di persone, siano essi utenti o familiari, con problematiche indubbiamente difficili e complesse da trattare. Si trovano ad operare in un contesto di rapido sviluppo, per effetto sia dell'evoluzione del fenomeno, che vede l'introduzione delle cosiddette "nuove droghe" e l'emergenza di nuove modalità d'uso e d'abuso delle droghe, sia del diffondersi di nuovi tipi di programmi e/o modalità di intervento assistenziale, anche a livello farmacologico. A ciò vanno aggiunti i disagi derivanti dalla riorganizzazione in corso dei servizi pubblici e privati che operano nel settore, che si inseriscono nel contesto più ampio delle novità introdotte dalla Riforma del S.S.N., con un' enfasi sempre maggiore sulla razionalizzazione della spesa, sulla verifica dei risultati, sul raggiungimento degli obiettivi, prevedendo per tutti gli operatori di fatto nuove funzioni manageriali. Spesso tutto ciò si concretizza in nuove incombenze e responsabilità burocratiche e amministrative, carichi di lavoro elevati, scarsità e/o inadeguatezza delle risorse a disposizione (incluse quelle strumentali e di spazio), presenza di operatori demotivati e di utenti e familiari non collaborativi o addirittura antagonisti.

Di fronte a questo contesto in rapido cambiamento gli operatori devono costantemente ricorrere alle loro risorse, sia professionali che personali, e in particolare alle loro abilità psico-relazionali che entrano in gioco nella gestione delle attività e dei rapporti professionali. Si tratta di abilità che vengono di solito sottovalutate soprattutto nell'ambito dei servizi pubblici, mentre ricevono un' enfasi consistente nell'ambito delle aziende private, dalle quali si stanno comunque mutuando sempre più metodi e strumenti per riorganizzare i servizi pubblici, migliorare la

soddisfazione dei clienti (sia esterni – gli utenti e i loro familiari, che interni – i colleghi del servizio e più in generale dell'ente di appartenenza) e introdurre la cultura della qualità totale.

Tutti hanno bisogno di essere manager, sia sul lavoro che nella vita privata. Essere un buon manager significa sistemare le cose e farle funzionare per ottenere buoni risultati. Significa affidarsi a un progetto piuttosto che al caso o alla fortuna. Essere manager fa la differenza tra l'ottenere qualcosa a un livello soddisfacente e il riuscirci solo parzialmente. Ciò implica una serie di abilità particolarmente diversificate ed eclettiche - come fare progetti, assegnare risorse, risolvere problemi, prendere decisioni, dirigere interventi e mantenere il controllo della situazione – che non vengono insegnate in alcun corso di laurea, né in alcuna scuola di specializzazione. Tuttavia, possedere queste abilità – che con lo studio e la pratica possono essere apprese e migliorate – e applicarle con successo è fondamentale per il benessere e la soddisfazione personale, ma anche per migliorare le produttività e la qualità sia personale che del servizio (o unità operativa) nel suo complesso.

L'obiettivo di questa sezione non è quella di fornire una guida esaustiva sullo sviluppo delle abilità manageriali e non abbiamo certamente alcuna pretesa di insegnare come si lavora: molti di noi esercitano il loro incarico in maniera adeguata già da diverso tempo. Abbiamo comunque cercato di raccogliere una serie di suggerimenti che spesso già conosciamo, ma in altri casi possono risultare utili per migliorare le nostre abilità soprattutto sul versante psico-relazionale della gestione di se stessi, dell'organizzazione del tempo e della gestione delle riunioni e dei gruppi di lavoro. Si tratta, in buona parte dei casi, di suggerimenti che hanno carattere generale e si applicano a buona parte dei ruoli professionali in qualsiasi contesto di servizio.

Il Management di se stessi

Un buon management comincia dalla capacità di gestire bene se stessi, ma pochi vi dedicano abbastanza tempo. La vita non è una prova generale: per quanto ne sappiamo è la nostra unica possibilità, per cui è fondamentale cogliere tutte le opportunità che si presentano. D'altra parte, molti vogliono migliorare la propria situazione e chi ottiene un certo successo nella vita personale e lavorativa tende anche ad essere soddisfatto e produttivo: gestire se stessi con efficacia è un elemento chiave per ottenere tale risultato.

Essere all'altezza delle esigenze della vita, sia a livello personale che professionale, è un continuo gioco di destrezza e come equilibristi dobbiamo riuscire a fare acrobazie con agilità. I settori in cui è fondamentale riuscire sono, in ordine di importanza variabile da persona a persona, il lavoro, la famiglia e la vita personale: la difficoltà consiste nel farli coesistere con armonia. Gestire bene se stessi significa anche comprendere come si preferisce agire: ciò contribuisce a valutare le possibilità e a scegliere ciò che più si adatta a noi, assicurandoci che quello che facciamo è proprio quello che vogliamo fare. Gestire bene se stessi vuol anche dire decidere cosa intendiamo ottenere: significa essere risolti nel definire gli obiettivi e nello stabilire il da farsi, evitando l'assunzione di impegni impossibili e permettendoci di concentrare gli sforzi al meglio. Una buona gestione di se stessi implica anche assumerci la responsabilità di noi stessi e fare in modo che le cose accadano. Contribuisce in maniera significativa anche avere una filosofia di vita positiva, che produca un senso di benessere e di positività.

Inoltre, la maggior parte delle nostre attività prevedono che si lavori con altre persone (capi, colleghi, collaboratori, utenti, familiari) ed è quindi sempre necessario trattare con gli altri per raggiungere i nostri obiettivi. Riuscire ad andare d'accordo con le altre persone può fare la differenza in una buona gestione di se stessi. Andare d'accordo con gli altri è una abilità in cui alcuni riescono meglio di altri, ma esiste un unico approccio per essere sicuri di comportarsi adeguatamente in ogni occasione: il trucco consiste nel ricordare che siamo noi a contribuire in maniera determinante al successo delle nostre relazioni interpersonali.



Il successo nella vita e nel lavoro si ottiene traendo dei contributi validi ed efficaci dai nostri punti di forza, ossia quelli che ci consentono di realizzare i nostri obiettivi. Per riuscire a farlo è innanzitutto necessario che riconosciamo i nostri punti di forza.

- Utilizziamo tutti i segnali (feedback) che ci vengono dall'ambiente che ci circonda per quanto riguarda le nostre prestazioni, i risultati che otteniamo e il modo di operare, per identificare sia i nostri punti di forza che i punti deboli.
- Concentriamoci sui nostri punti di forza per ottenere i risultati; e sui punti deboli per migliorare la qualità delle nostre prestazioni.
- Sfruttiamo le critiche e le lamentele, trattandole come occasioni per individuare i nostri punti deboli, quelli da migliorare e non come attacchi personali.
- Individuiamo le situazioni in cui la nostra arroganza intellettuale indebolisce la nostra autorevolezza e cerchiamo di superarla.
- Cerchiamo di porre rimedio alle nostre cattive abitudini (ritardi agli appuntamenti, mancato rispetto delle scadenze e degli impegni, disorganizzazione e confusione, eventuale uso di tabacco in presenza di altri).

Tab.1: Le qualità del buon Manager

LE QUALITÀ DEL BUON MANAGER DI SE STESSO	
-	Avere fiducia in se stessi e nelle proprie capacità, essere felici e soddisfatti con se stessi e la propria situazione, ma comunque riconoscere che stiamo ancora imparando e migliorando.
-	Pensare in maniera originale e non conformista, tentare nuove strade e, se non abbiamo successo, ammettere l'errore, ma senza scusarsi perché ci abbiamo provato. Essere coerenti, ma non rigidi: possiamo anche cambiare idea, quando è preferibile o necessario.
-	Saper prendere delle decisioni in autonomia, ma anche saper sfruttare i suggerimenti degli altri e consultarsi con gli altri. Considerare le informazioni e le conoscenze come una risorsa da sfruttare, non uno strumento di potere.
-	Evitare di scoprire l'acqua calda, non tutto ha bisogno del nostro personale marchio di fabbrica, molte cose funzionano già molto bene e non richiedono dei cambiamenti. Dobbiamo anche evitare di pensare o agire come se conoscessimo tutto: non c'è niente che provochi risentimento più dell'arroganza. Siamo certamente in gamba, ma c'è sempre qualcuno più in gamba di noi.
-	Essere onesti e trasparenti: noi ci aspettiamo lo stesso dagli altri e il nostro successo dipende molto anche dalla fiducia degli altri. Anche se ci sono delle brutte notizie da comunicare, l'onestà e la trasparenza aiutano a ridurre le tensioni e i malumori.
-	Essere estroversi: il nostro lavoro richiede abilità relazionali e non è certamente adatto per chi non ama relazionarsi con gli altri. Non c'è bisogno di essere sempre al centro dell'attenzione, ma non dobbiamo nemmeno essere invisibili.
-	Essere una persona che include e accoglie, e che sa coinvolgere gli altri. La nostra presenza si deve far sentire, senza intrusione o aggressività, ma con autorevole fermezza.
-	Trascorrere del tempo per conoscere colleghi e collaboratori (cosa fanno, quali sono i loro obiettivi, come trascorrono il tempo libero), ma anche per farsi conoscere da loro.
-	Comprendere che si ha sempre a che fare con persone e che le persone sono complicate e confusionarie, non sono delle macchine, proprio come non lo siamo noi; non sono mai uguali tutti i giorni, per cui stiamo attenti ai feedback che riceviamo continuamente. Abbiamo comunque sempre il diritto di essere umani, con emozioni, esperienze, problematiche e caratteristiche personali e irripetibili.
-	Riconoscere di essere responsabili di tutto ciò che rientra tra le nostre competenze e possibilità: non pensiamo di non essere responsabili per il fatto di non avere fatto niente al riguardo.

- Difendere sempre i "nostri" (capi, colleghi, collaboratori, utenti, familiari): ci ricompenseranno con la loro lealtà.

Quelli che seguono sono alcuni suggerimenti che possono risultare utili per migliorare alcuni aspetti specifici del management di noi stessi: come risolvere i problemi e le situazioni difficili; come comportarsi di fronte alle situazioni stressanti; come affrontare gli interlocutori difficili; come rapportarsi ai superiori con successo; come realizzare una buona presentazione in pubblico.

Tab. 2: Soluzione dei problemi

COME RISOLVERE I PROBLEMI E LE SITUAZIONI DIFFICILI: PENSARE COME PERSONE GENIALI
Anche se non siamo e non ci crediamo dei geni, possiamo impiegare le stesse strategie utilizzate da personaggi come Leonardo da Vinci e Einstein per risolvere i problemi e le situazioni difficili. Quelle che seguono sono alcune strategie, comuni nello stile cognitivo di chi ha fornito grandi contributi nelle scienze, nell'arte e nell'industria, che ci possono aiutare a pensare in maniera produttiva, piuttosto che riproduttiva, per arrivare alla soluzione dei problemi.
Analizziamo i problemi in molti modi diversi e proviamo a scoprire nuove prospettive che nessun'altro ha preso in considerazione prima: per comprendere a fondo un problema è utile ristrutturarlo in tanti modi, il primo approccio tende ad essere troppo tendenzioso e influenzato da pregiudizi.
Visualizziamo i problemi e i tentativi di risolverli: le rappresentazioni grafiche possono essere molto utili per ristrutturare i problemi e trovare nuove soluzioni.
Produciamo (idee, progetti, report, relazioni): la produttività favorisce la creatività; non dobbiamo temere di sbagliare, le scoperte vengono sempre dopo tanti tentativi andati a vuoto.
Combiniamo e ricombiniamo tra loro idee, immagini e pensieri, non importa quanto siano incongruenti quanto insolite possano sembrare.
Creiamo delle associazioni, troviamo delle connessioni tra elementi dissimili per scoprire nuove possibilità inesplorate.
Pensiamo per opposti: se prendiamo in considerazione contemporaneamente diverse alternative, riusciremo a sospendere i nostri pensieri e a spostarci su altri livelli di pensiero. La sospensione del pensiero logico favorisce la scoperta di nuove associazioni.
Usiamo le metafore: consentono di esaminare i problemi da un altro punto di vista, senza essere inquinati da preconcetti.
Prepariamoci al cambiamento: quando proviamo a realizzare qualcosa senza riuscirci, proviamo a fare qualcos'altro. L'insuccesso è produttivo soltanto se non continuiamo a considerarlo un esito improduttivo, bensì analizziamo il processo, i suoi elementi e come possiamo cambiarli o ricombinarli per arrivare ad altri risultati. Non chiediamoci mai perché non ci siamo riusciti, ma piuttosto che cosa abbiamo fatto.

Tab.3: Situazioni stressanti

COME COMPORTARSI DI FRONTE ALLE SITUAZIONI STRESSANTI
Innanzitutto, è fondamentale riconoscere lo stress: i sintomi dello stress si manifestano sia a livello mentale che fisico sotto forma di esaurimento, aumento o diminuzione dell'appetito, mal di testa, crisi di pianto, insonnia o eccesso di sonno. I tentativi più comuni per tentare di evitare o superare questo stato sono un comportamento impulsivo o addirittura l'uso di alcool o psicofarmaci. Spesso lo stress è accompagnato da senso di frustrazione ed apatia. Controllare lo stress è l'abilità di mantenere il controllo anche quando situazioni, eventi o addirittura persone ci richiedono uno sforzo eccessivo rispetto alle nostre capacità. Che cosa possiamo fare per controllare lo stress? Quali sono le strategie più efficaci?
Proviamo a vedere se c'è veramente qualcosa che possiamo cambiare o controllare nella situazione in cui ci troviamo.
Se pensiamo di avere troppe cose da fare e sentiamo di non farcela, proviamo a fare con calma una cosa alla volta, oppure stabiliamo selettivamente la priorità delle cose che dovremmo fare.
Affrontiamo i problemi con "ottimismo", pensiamo a come risolverli in modo positivo, invece di pensare a come è impossibile superare la situazione in cui troviamo.



Cambiamo progressivamente il modo di reagire, ma senza apportare grossi cambiamenti in breve tempo. Concentriamoci su uno specifico problema e cerchiamo di controllare le nostre reazioni per quella particolare situazione.

Cerchiamo di limitare le nostre attività, in modo da ridurre un eccessivo sovraccarico di lavoro.

Cambiamo il modo in cui vediamo i problemi, impariamo a riconoscere lo stress da come si presenta.

Quando sentiamo di aver raggiunto il fondo e siamo "disgustati del nostro stato", reagiamo energicamente dimostrando di essere abbastanza maturi da poter superare tali situazioni.

Evitiamo le reazioni violente: perché odiare, quando si può essere solo in disaccordo? Perché diventare ansiosi, quando si può essere solo nervosi? Perché essere arrabbiati, quando si può essere solo indignati? Perché essere depressi, quando si può essere solo dispiaciuti?

Stabiliamoci gli obiettivi che sappiamo di poter raggiungere, riconoscendo anche quando è il momento di non fare niente.

Non sforziamoci eccessivamente per piccole cose, diamo priorità alle cose veramente importanti per noi e lasciamo da parte le altre cose.

Proviamo a "usare" lo stress: se non riusciamo a liberarci da una situazione stressante, proviamo ad usare questa situazione in un modo produttivo per noi. Oppure cerchiamo di liberarcene anche per poco tempo durante la giornata, solo per darci un pò di sollievo.

Cerchiamo di combattere lo stress con attività sportive.

Dormiamo sufficientemente: se non riposiamo abbastanza la situazione si aggraverà.

Cerchiamo di evitare l'uso di medicine o sostanze come l'alcool che possono risolvere il problema solo apparentemente.

Tab.4: Interlocutori difficili

ALCUNE STRATEGIE UTILI PER AFFRONTARE GLI INTERLOCUTORI DIFFICILI

Persistiamo, ripresentando con fermezza il nostro punto di vista.

Dissentiamo, con un'affermazione semplice e diretta del tipo "Non sono d'accordo".

Enfatizziamo i vostri sentimenti o pensieri sul comportamento o sulla situazione che disapprovate, fornendo maggiori dettagli o richiamando l'attenzione sul peso che si dà alla cosa (ad esempio: "Questo è molto importante per me").

Acconsentiamo con riserva, riconoscendo il diritto del vostro interlocutore di avere certi sentimenti e di trarre certe conclusioni, ma dissentiamo con l'idea che si debbano avere gli stessi sentimenti o trarre le stesse conclusioni.

Ignoriamo i commenti dell'interlocutore, tacendo o, meglio, negandone la pertinenza nei confronti del problema (ad esempio: "Questo non ha a che fare con...", "Credo che questo adesso non ci riguardi").

Ridefiniamo la situazione, non accettiamo l'etichetta negativa attribuita al vostro comportamento, ma ridefiniamo in termini positivi (ad esempio: "Non sono paranoico, sono solo preoccupato per...").

Forniamo risposte rapide: se l'interlocutore fa domande che potrebbero far deviare dal punto centrale della discussione, rispondiamo con un semplice "sì", "no" o con altre risposte molto brevi.

Facciamo richieste di chiarimento: anziché accettare critiche vaghe, chiediamo delle chiarificazioni (ad esempio: "Per quale motivo pensi che mi sono comportata da stupida?").

- Prospettiamo delle conseguenze negative: quando l'interlocutore supera il limite di arroganza che si è disposti ad accettare o diventa troppo minaccioso, consideriamo l'opportunità di promettere realistiche conseguenze negative per il protrarsi del comportamento offensivo (attenzione, questa strategia può essere pericolosa e portare ad un crescendo di aggressività!).

Tab.5: Rapportarsi ai superiori

COME RAPPORTARSI AI SUPERIORI CON SUCCESSO
Tutti abbiamo dei superiori, anche il primario che dirige il Dipartimento per le dipendenze. Il rapporto che riusciamo a stabilire con loro è di fondamentale importanza, anche per la buona riuscita del nostro lavoro. Naturalmente ai superiori fa piacere vedere che i loro collaboratori sono veramente interessati al loro lavoro, partecipando con proposte e iniziative che possono interessare l'intero servizio. Riportiamo di seguito alcuni suggerimenti che, opportunamente riformulati, possono essere utili con tutti i nostri interlocutori (colleghi, collaboratori, utenti, familiari). - Non lamentiamoci mai con i superiori delle prestazioni dei nostri colleghi. - Informiamoli di quello che maggiormente ci interessa del lavoro che stiamo svolgendo. - Andiamo alle riunioni con un atteggiamento positivo e un comportamento allegro. - Rivolgiamoci sempre rispettosamente ai nostri superiori. - Facciamo attenzione a quello che dicono. - Se ci rivolgiamo a loro, cerchiamo di parlare di cose che li possano interessare. - Evitiamo di polemizzare. - A volte dovremo ammettere di aver sbagliato, nessuno è infallibile. - Cerchiamo di vedere le cose anche dal punto di vista dei nostri superiori. - È importante far capire che ci impegniamo sempre al massimo delle vostre possibilità per riuscire bene nel lavoro che stiamo svolgendo.

Tab.6: Analisi di una Platea

CHECK-LIST PER ANALIZZARE LA PLATEA PRIMA DI UNA PRESENTAZIONE IN PUBBLICO
Un relatore efficace deve essere centrato sugli ascoltatori, perché i nostri interlocutori saranno sempre egocentrici, concentrando la loro attenzione su ciò che ritengono avrà un impatto diretto su di loro - Chi sono i nostri ascoltatori? Quali sono le loro caratteristiche demografiche (età, sesso, professione, ecc.) e situazionali (contesto ambientale, modalità di convocazione dell'incontro, ecc.)? Quanto preparati sono sull'argomento? Quali preconetti positivi o negativi possono avere sull'argomento? - Qual è il loro obiettivo principale nell'ascoltare il nostro intervento? Migliorare la loro professionalità, le loro prestazioni, essere motivati, apprendere, o qualcos'altro? - Quali sono le 4 o 5 idee che dovrebbero portarsi a casa dopo la nostra relazione? - Che cosa è opportuno presentare per sostenere queste 4 o 5 idee? Che grado di dettaglio è necessario? Qual è il tono appropriato da tenere (leggermente scherzoso, informale, serio, ecc.)? Quali esempi, analogie, racconti sono adeguati? Scegliete dal loro ambiente ed esperienze, non dalle nostre. - Quali mezzi visivi funzioneranno meglio con questi ascoltatori? Lucidi, diapositive, proiezioni, audiovisivi, ecc.? Qualsiasi mezzo scegliamo, facciamo in modo che sia semplice, chiaro, colorato, con il minor numero possibile di parole: una miscela di simboli, grafici, tabelle e figure funziona al meglio. - Quali possono essere le domande, le preoccupazioni e i dubbi a cui ci dobbiamo preparare a rispondere durante la presentazione?

Tab.7: *Presentazione in pubblico***ALCUNI SUGGERIMENTI PER LE PRESENTAZIONI IN PUBBLICO**

- Iniziamo presentandoci in maniera sintetica, ma esauriente; quindi informiamo i nostri ascoltatori su che cosa abbiamo intenzione di dire loro, come si articola il nostro intervento, quali obiettivi perseguiamo e quali sono i contenuti della nostra presentazione. È fondamentale iniziare con una buona introduzione.
- Pensiamo positivo, abbiamo fiducia delle nostre abilità e consideriamo i vantaggi che i nostri ascoltatori trarranno dalla nostra relazione. Siamo realisti, nessuno è morto per una presentazione in pubblico. È impossibile evitare la scarica di adrenalina che precede l'inizio del nostro intervento. È normale, come prima di un esame o di una gara; dovremo gestirla: respiriamo profondamente e esaliamo lentamente 2 o 3 volte, schiariamo la voce, esaliamo con forza per liberare le tensioni rimaste, e iniziamo con l'introduzione che avevamo già provato più volte.
- Esercitiamoci, utilizzando gli stessi strumenti che utilizzeremo nella presentazione. Per risultare professionali è necessario che conosciamo alla perfezione la nostra presentazione, ma senza memorizzare, stiamo facendo una presentazione, non una recita. Prepariamo anche un piano di emergenza nel caso il proiettore, il PC o le diapositive non funzionino, e proviamolo.
- Evitiamo l'uso di lucidi manoscritti, ancora peggio se in corsivo, testi scarsamente leggibili o con caratteri di piccole dimensioni. Assicuriamoci che qualsiasi presentazione sia facilmente leggibile anche dalle ultime file della platea.
- Manteniamo le cose semplici, concentriamoci sul messaggio che vogliamo trasmettere, non lasciamoci fuorviare dagli effetti speciali. Pensiamo ad una "conversazione" piuttosto che ad una "presentazione". Non cerchiamo di guardare tutti contemporaneamente: rischieremo di innervosirci e confonderci. È meglio rivolgersi ad una persona alla volta per la durata di una frase o finché non ci fermiamo per respirare; passiamo poi ad un'altra persona, e così via.
- Facciamo una pausa dopo un pensiero o un'informazione chiave. Manteniamo un ritmo adeguato, né troppo veloce, né troppo lento. Come regola generale, ogni diapositiva richiede almeno 10 secondi e non più di 2 minuti. Se vediamo che una diapositiva richiede molto tempo, è opportuno dividerla. Appena abbiamo finito di trattare una diapositiva, togliamola prima di passare ad un nuovo argomento.
- Esaminiamo i nostri ascoltatori durante la presentazione: sono attenti, danno segnali di nervosismo o stanchezza, chiacchierano tra loro, controllano l'orologio, prendono appunti. Concentriamoci su di loro, affrontiamoli, osserviamoli, manteniamo in contatto oculare (non guardiamo in giro, né in basso), non nascondiamoci dietro il computer, il proiettore o altre attrezzature e rimaniamo sempre di fronte ai nostri ascoltatori.
- Durante una presentazione in pubblico ci potrà capitare di dover fronteggiare situazioni ostili: la nostra credibilità di fronte ai partecipanti e l'opinione che avranno di noi e del nostro intervento dipenderanno dalla nostra abilità di disarmare gli attacchi verbali. Per dissipare le situazioni ostili: lasciamo esprimere liberamente quello che vogliono dire e ascoltiamo mentre si sfogano; parafrasiamo quello che hanno appena detto e come si sentono al riguardo, senza essere condiscendenti; esploriamo con delle domande di verifica quali sono i reali problemi; usiamo una delle seguenti affermazioni: "Comprendo i suoi argomenti, ora mi lasci provare a rispondere"; "Proviamo a trovare assieme una soluzione"; "Esaminiamo questa questione alla fine del mio intervento". Dimostreremo così di valorizzare le questioni sollevate e i sentimenti dell'interessato: gli ascoltatori ci rispetteranno e noi avremo dissolto l'ostilità.
- È fondamentale che i nostri ascoltatori se ne vadano con il materiale necessario per ricordare e riferire ad altri i contenuti della nostra presentazione, dal momento che non ricorderanno buona parte di ciò che diremo durante il nostro intervento. Non distribuiamo mai una copia del materiale all'inizio della presentazione, o ancora peggio durante la presentazione, perché rischieremo di ridurre l'attenzione dei partecipanti, ma rassicuriamoli che copia di tutto il materiale presentato verrà consegnata al termine dei lavori.
- Arricchiamo il nostro messaggio con esempi, aneddoti e analogie: sono apprezzati dagli ascoltatori e renderanno il nostro intervento più vitale ed espressivo. Ma soprattutto viviamo con piacere questo tipo di esperienza professionale!!!

L'ORGANIZZAZIONE DEL TEMPO

Il tempo è la risorsa più preziosa, ma anche la più scarsa nella società contemporanea, e la maggior parte delle persone spreca più tempo di quanto non voglia ammettere. Le cause principali di perdita di tempo includono: mancanza di obiettivi, priorità, programmi, ecc.; interruzioni telefoniche, visite o riunioni non preannunciate; scarsa organizzazione personale (scrivania, biblioteca, archivio, ecc.); delega inefficace; riunioni e gruppi di lavoro improduttivi; indecisione e tendenza alla procrastinazione; informazioni insufficienti o in ritardo, comunicazioni scarse e confuse; socializzazione eccessiva e incapacità di dire di no; troppi lavori in contemporanea e lavori non portati a termine.

Queste ed altre cause di perdita di tempo concorrono a determinare una serie di sintomi, tipici di una cattiva gestione del tempo, che includono: fare tutto di fretta e con precipitazione; incapacità di scegliere tra alternative spiacevoli; affaticamento o svogliatezza con molte ore di attività improduttiva; continua incapacità di rispettare le scadenze; tempo insufficiente per il riposo o le relazioni interpersonali; la sensazione di essere sopraffatti da richieste di dover fare ciò che non si desidera per buona parte del tempo.

Una cattiva gestione del tempo è fonte di frustrazione, scarsa autostima e stress, mentre una buona organizzazione del tempo minimizza significativamente molte delle cause di perdita di tempo, e di conseguenza l'ansia, i tentativi di evitamento e lo stress. In questa sezione esamineremo alcuni metodi di gestione del tempo, che possono essere ricondotti a tre fasi:

- analisi e valutazione del modo in cui si utilizza il proprio tempo;
- individuazione delle priorità, ovvero degli obiettivi principali da perseguire, decidendo che cosa è più importante e che cosa lo è meno;
- programmazione delle attività da svolgere, a breve e medio termine, eliminando i compiti di bassa priorità.

L'introduzione di alcuni cambiamenti nelle nostre abitudini quotidiane può portare ad un aumento del controllo sul tempo; tuttavia, è importante essere realistici sulla quantità di tempo che saremo in grado di ricavare per noi. In altre parole, il cambiamento può essere lento; non aspettiamoci cambiamenti rapidi dall'oggi al domani, anche perché il "tempo libero" rimarrà un bene raro, indipendentemente da quanto efficienti diventeremo. La valutazione iniziale del modo in cui impieghiamo il nostro tempo richiederà 3 o 4 giorni, individuare gli obiettivi e le attività prioritarie richiederà 1 o 2 giorni, mentre l'apprendimento delle tecniche di organizzazione del tempo, e la relativa assimilazione nella routine quotidiana, può richiedere tra 1 e 6 mesi. La gestione del tempo è quindi un'abilità che si acquisisce e che richiede molta disciplina ed un impegno costante.

Come utilizziamo il nostro tempo?

Innanzitutto, è importante conoscere come impieghiamo il nostro tempo: si tratta di registrare tutto ciò che facciamo durante una giornata tipo. Sforziamoci di registrare tutte le attività che svolgiamo: sebbene possa sembrare superfluo, ciò ci aiuterà a stabilire se quello che facciamo è adeguato per raggiungere i risultati che ci siamo prefissati. Registriamo anche quello che facciamo quando non stiamo lavorando, inclusa qualsiasi attività ricreativa. Indichiamo anche per ciascuna attività quanto è importante per il raggiungimento dei vostri obiettivi professionali e quanto efficacemente impieghiamo il nostro tempo per realizzarla. Prendiamo anche nota di qualsiasi tipo di interruzione che si presenti (ad esempio, interruzioni provocate da utenti o da colleghi che chiedono un colloquio, riunioni indette quando abbiamo programmato altre attività). Alla fine elaboriamo i dati raccolti, raggruppandoli in categorie di attività secondo le nostre esigenze personali: per esempio, sul lavoro (socializzazione diretta o



telefonica, attività di routine, lavori di bassa priorità, attività importanti e produttive, riunioni e incontri vari, viaggi per lavoro), nella vita privata (socializzazione diretta o telefonica, televisione, hobbies, attività sportive, attività ricreative e relazionali, attività sociali, politiche, di volontariato, di viaggio privati, attività sessuale, mangiare e altri bisogni fisiologici, attività domestiche varie).

Le informazioni che abbiamo raccolto ci forniranno una base obiettiva con la quale valutare la nostra efficacia nella gestione del tempo. In questa analisi è utile scriversi che cosa desideravamo realizzare, elencando gli obiettivi specifici che volevamo raggiungere nelle diverse aree, sia lavorative che personali. Verifichiamo poi se le attività in cui ci siamo impegnati e la quantità di tempo che vi abbiamo dedicato ci hanno aiutati a raggiungere i nostri obiettivi. Abbiamo dedicato troppo tempo ad alcune attività che ci hanno consentito di raggiungere obiettivi di scarsa priorità? Valutiamo anche quanto efficacemente abbiamo impiegato il vostro tempo. Quali sono i nostri momenti più efficaci? Vi è qualche elemento costante per quanto riguarda i momenti della giornata o i luoghi in cui ci troviamo che facilitano il raggiungimento dei nostri obiettivi? Anche la gestione delle interruzioni è una abilità fondamentale per la gestione del tempo. Quali e quante interruzioni subiamo? Proviamo a fare qualche generalizzazione tra le interruzioni che siamo in grado di controllare e quelle che ci risulta difficile controllare. Che cosa ci distrae mentre stiamo lavorando, durante un momento libero, nella pausa mensa o dopo il lavoro? Vi sono interruzioni che ci impediscono di iniziare o completare un lavoro che avevamo programmato? Probabilmente, l'analisi del modo in cui impieghiamo il tempo ci farà capire se ci stiamo impegnando in attività finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di maggiore priorità. Dovremmo anche acquisire maggiore consapevolezza delle interruzioni che di fatto ci fanno sprecare tempo, perché ritardano o impediscono l'espletamento dei compiti più importanti.

Stabilire le priorità

La seconda fase verso una organizzazione efficace del tempo riguarda la capacità di stabilire la priorità delle diverse attività che, almeno in linea di principio, dovremmo svolgere. Se proviamo ad elencare tutto ciò che dovremmo fare al lavoro, ci renderemo immediatamente conto dell'impossibilità di trovare il tempo per completarlo in maniera adeguata entro i termini previsti. È quindi importante, soprattutto nei periodi di massimo carico di lavoro, iniziare a valutare le diverse priorità delle attività che dobbiamo, o dovremmo svolgere.

Le priorità possono essere definite sulla base di quanto una data attività è essenziale per il raggiungimento di un obiettivo: analogamente, anche gli obiettivi variano in termini di priorità. Un altro modo di stabilire le priorità è quello di prendere in considerazione i destinatari della nostra azione: la priorità delle richieste di un superiore sarà probabilmente diversa dalla priorità delle richieste dei colleghi o degli utenti. Un modo molto semplice per stabilire se qualcosa deve essere fatta consiste nel chiederci (oppure nel chiederlo anche alla persona interessata): "Se non faccio questo, qualcuno o qualcosa subirà un sensibile danno?" Se nessuno o niente ne risulta significativamente danneggiato, allora il compito richiesto assume una bassa priorità. La scadenza entro cui una data attività deve essere svolta è pure importante nella valutazione delle priorità. In generale, mentre le attività con la massima priorità saranno portate a termine quanto prima, le attività con la minima priorità verranno realizzate soltanto se il tempo a disposizione lo consente.

Proviamo ora a stabilire i nostri obiettivi prioritari nel lungo (3-5 anni) e nel medio periodo (dell'anno e del mese), specificando per ciascun obiettivo la relativa priorità (A = massima, B = media, C = bassa). Scegliamo per ciascuna categoria i 2 obiettivi più importanti: questi sono gli obiettivi sui quali iniziare a lavorare, e che dovrebbero guidare le nostre decisioni nella valutazione delle priorità e nella programmazione delle attività. Passiamo quindi a stabilire la priorità delle diverse attività che dobbiamo svolgere a breve termine, specificandone anche in questo caso la relativa priorità. Al termine di questa attività, ci ritroveremo con i nostri obiettivi

prioritari nel medio e lungo periodo e con l'elenco delle attività che dovremmo svolgere nel breve periodo. Possiamo ora passare alla programmazione delle nostre attività settimanali e giornaliere.

Programmare il proprio tempo

La programmazione dettagliata del proprio tempo riduce l'insicurezza sul futuro, aiuta ad affrontarlo, diminuisce l'esposizione agli imprevisti, aumenta la produttività, l'efficienza e il senso di realizzazione personale. È probabile che, soprattutto nei periodi di maggiore carico di lavoro, saremo in grado di gestire il nostro tempo in maniera più efficace se utilizzeremo una programmazione settimanale e giornaliera. Naturalmente, la programmazione del proprio tempo deve essere flessibile, in grado cioè di prevedere gli imprevisti: uno degli aspetti più prevedibili delle professioni di aiuto consiste proprio nella loro imprevedibilità. Prepariamoci quindi a dover modificare la nostra programmazione: in questi casi dovremo tralasciare le attività con minore priorità. Dovremo tenere sempre a mente che il tempo impiegato per fare una cosa è tempo rubato ad un'altra.

Nelle attività professionali, come nella vita privata, non sono molti gli impegni veramente importanti: il nostro compito è quello di individuare e concentrarci su ciò che è veramente importante, per essere sicuri che venga effettivamente portato a termine. Ciò che rimane fuori da questa selezione si prenderà cura da sé. In una gestione manageriale di se stessi non c'è spazio per il perfezionismo: è invece necessario rendersi conto che le risorse di tempo e di energie, sia personali che degli altri, sono per definizione limitate, per cui è importante sapersi concentrare su ciò che è veramente importante. Sarà quindi importante riuscire ad individuare e concentrarsi su quel 20% che veramente conta, il cosiddetto principio di Pareto. Vilfredo Pareto, economista e sociologo italiano (Parigi 1848 – Ginevra 1923), ha formulato una sorta di Legge della distribuzione disuguale dei risultati, in base alla quale il 20% delle nostre attività produce l'80% dei nostri risultati, e viceversa l'80 % delle nostre attività produce il 20% dei nostri risultati. Il trucco sta quindi nel riuscire a selezionare quel 20% di attività che ci consentono di massimizzare i nostri risultati. Una volta individuate queste attività, è su queste che ci dobbiamo concentrare per aumentare la nostra produttività.

Per la nostra programmazione settimanale e giornaliera, iniziamo elencando, in ordine di priorità, gli obiettivi che vogliamo raggiungere entro la fine della settimana. Individuiamo quindi tutte le attività necessarie, specificandone anche la priorità (A = massima, B = media, C = bassa), il tempo che prevediamo richiederanno e il giorno in cui le svolgeremo. Assicuriamoci che le diverse attività portino al raggiungimento degli obiettivi prefissati: ciò richiede un'attenta analisi di tutte le diverse cose che dovremo fare per raggiungere ciascun obiettivo. Completiamo il piano settimanale di sabato o domenica, e quello giornaliero di sera, prima di ritornare al lavoro, altrimenti rischieremo di interferire con lo svolgimento delle nostre normali attività. Ricordiamoci sempre che la nostra programmazione deve essere flessibile: programiamo quindi soltanto il 50-60% del tempo settimanale, e l'80% del tempo giornaliero, e teniamo il restante libero per far fronte agli imprevisti. Man mano che completiamo le diverse attività, eliminiamole dalla lista, questo ci darà un senso di realizzazione e concretezza.

Identificare ed eliminare i fattori di disturbo

Dall'autovalutazione del modo in cui utilizziamo il nostro tempo otterremo una comprensione più chiara e dettagliata dei diversi tipi di interferenze che impediscono o ostacolano lo svolgimento dei nostri compiti professionali. Le interferenze più comuni possono essere la rumorosità del servizio; un familiare ammalato, che necessita della nostra assistenza; un superiore che ci chiede di svolgere una nuova attività; una riunione fissata in un momento che avevamo destinato ad altre attività importanti; un utente che arriva senza preavviso e ci



richiede un colloquio; un collega che ci chiede di discutere assieme un caso, mentre eravamo impegnati in qualcos'altro.

Tab. 8: Organizzazione del tempo

ALCUNE REGOLE NELL'ORGANIZZAZIONE DEL TEMPO	
-	Compiliamo elenchi, evitando di essere ripetitivi, ma avendo sempre a portata di mano la lista delle attività da svolgere.
-	Suddividiamo le attività in categorie omogenee: ad esempio, telefonate, lettere, colloqui, valutazioni.
-	Proviamo sempre a stimare il tempo necessario a svolgere le diverse attività e a prevedere quando le svolgeremo.
-	Scegliamo per ogni attività l'ora del giorno più adatta anche in rapporto al vostro rendimento psicofisico.
-	Controlliamo spesso la nostra lista delle attività, e rileggiamola ogni giorno di prima mattina.
-	Facciamo in modo che il nostro lavoro sia sempre organizzato, evitando le programmazioni generiche: siamo specifici e dettagliati.
-	Prima di impegnarci in una nuova attività, dedichiamo sempre del tempo a programmarla: il tempo "perso" lo recupereremo ben presto in efficienza.
-	Evitiamo le attività non pianificate e dettate solo dall'impulso o dall'urgenza.
-	Costruiamoci un sistema di archiviazione e rispettiamo, evitando però di conservare tutto.
-	Prevediamo sempre del tempo per la formazione e l'aggiornamento personale.
-	Prevediamo sempre del tempo per noi stessi.

Una abilità importante da acquisire nella gestione del tempo è quella di saper dire "no", innanzitutto, nei confronti di qualsiasi persona, inclusi noi stessi, che possa aspettarsi qualcosa da noi, soprattutto se è di scarsa priorità. Molti operatori particolarmente competenti finiscono per raggiungere livelli eccessivi di stress, perché sono convinti di dover essere dei "superoperatori" e portare a termine qualsiasi cosa ci si aspetti da loro, sia essa di alta o bassa priorità. Possiamo invece essere degli "ottimi operatori", anche senza fare tutto ciò ci si aspetta da noi. Certo, dire "no" oppure "adesso sono occupato, devo finire questo lavoro" non è sempre facile nelle relazioni con gli altri; possiamo correre il rischio di essere considerati egocentrici e incapaci di far parte di un'équipe. Comunque, può essere ben più rischioso essere sempre a disposizione e soddisfare anche le richieste più irragionevoli, semplicemente per il nostro bisogno di accettazione e approvazione e per la nostra scarsa tolleranza alle critiche. Se abbiamo deciso di essere più assertivi rifiutando le richieste di scarsa priorità nel tentativo di gestire meglio il nostro tempo, in genere è bene informare i nostri colleghi affinché capiscano la nostra motivazione per il raggiungimento di questo obiettivo.

Mantenere interessi extraprofessionali

Un'attenzione particolare nella gestione del tempo va dedicata agli interessi extraprofessionali, che vanno mantenuti e difesi al fine di tutelare la nostra salute psicofisica e consentire la rigenerazione delle energie necessarie per essere produttivi ed efficienti nel lavoro. L'abbandono degli interessi personali extraprofessionali viene spesso giustificato con il fatto che il lavoro assorbe troppo del nostro tempo e che quando si rientra a casa si è troppo stanchi, fisicamente o mentalmente, per dedicarsi ad altre attività, per cui gli impegni familiari e domestici finiscono per occupare tutto il tempo restante. Prevedere nella programmazione

settimanale e giornaliera del tempo per se stessi e per i propri interessi personali extraprofessionali è invece fondamentale nel controllo dello stress. Individuiamo le attività che preferiamo svolgere quando siamo liberi dal lavoro (ad esempio, stare con gli amici, stare con parenti o familiari, viaggiare, praticare uno sport, svolgere attività sociali o di volontariato, praticare un hobby, leggere, studiare, riposare) e indichiamo a fianco di ciascuna il tempo che vi abbiamo dedicato la settimana scorsa o il mese scorso. Questo esercizio ci consentirà di verificare se stiamo dedicando un tempo sufficiente ai nostri interessi extraprofessionali: se la verifica è negativa, è necessario che dedichiamo particolare attenzione a questo aspetto nella nostra programmazione futura.

Un'attenzione analoga dovremmo dedicarla anche alle nostre abitudini alimentari, con l'obiettivo di destinare un tempo sufficiente per alimentarci in maniera equilibrata con almeno tre pasti al giorno; all'esercizio fisico regolare, almeno due volte la settimana; ai controlli medici, secondo l'età e il nostro stato di salute; e al riposo, sia notturno che, eventualmente, pomeridiano.

Tab. 9: Guadagnare tempo

ALCUNI "TRUCCHI" PER GUADAGNARE TEMPO	
-	Teniamo un elenco di compiti che possiamo svolgere in pochi minuti, anche in ambienti rumorosi, e svolgiamoli quando stiamo aspettando l'inizio di una riunione o di un colloquio.
-	Utilizziamo il tempo per gli spostamenti: ad esempio, programmando un intervento mentre siamo in treno o in autobus.
-	Deleghiamo i compiti meno importanti ai figli, alla colf, alla suocera, ecc.
-	Iniziamo ad alzarci mezz'ora o un'ora prima del solito, ed eventualmente andiamo a letto mezz'ora o un'ora prima del solito.
-	Evitiamo o riduciamo drasticamente il tempo dedicato alla televisione.
-	Abbandoniamo il perfezionismo, tutti commettono errori.
-	Quando abbiamo un compito della massima priorità da svolgere a breve termine, impediamoci le vie di fuga: lasciamo da parte le cose poco importanti, abbandoniamo libri, riviste, giornali, TV, non usciamo per un gelato o qualche altro piacere di breve durata, differiamo le commissioni che potremo fare più tardi o delegare ad altri.
-	Abbandoniamo il prima possibile le attività improduttive, ad esempio conversare al telefono quando dobbiamo fare qualcosa di molto importante.
-	Gettiamo subito tutta la posta inutile.
-	Facciamo una cosa alla volta e portiamola a termine prima di passare ad una nuova attività.
-	Impegnamoci a rispettare la nostra programmazione anche quando non ne abbiamo alcuna voglia: alcuni lavori devono essere svolti comunque.

Vincere la tendenza a procrastinare

Quello di procrastinare è un comportamento piuttosto strano, perché si sa bene di dover portare a termine un dato compito, eppure si continua a ritardarlo senza necessità, senza che qualcuno o qualcosa ci costringa a non completarlo. È vero che si può essere estremamente stressati, che vi possono essere molti fattori di distrazione nell'ambiente di lavoro, o che semplicemente non si ha voglia di dedicarsi a quel compito: ma, in ultima analisi, si sa che dipende da noi portare a termine quel compito e che è nei nostri interessi completarlo. In realtà, tutti procrastinano, senza eccezione: comunque, alcuni lo fanno più di altri. Quello di procrastinare può essere un comportamento positivo, se i tempi non sono ancora maturi per



impegnarsi in un dato compito, oppure se si sfrutta l'ansia determinata dall'approssimarsi di una scadenza per rendere al meglio: diventa però negativo quando va contro i nostri interessi e peggiora il nostro rendimento professionale.

Tab.10: La procrastinazione

ALCUNE TECNICHE PER VINCERE LA PROCRASTINAZIONE
Dedichiamoci immediatamente al compito più difficile e sgradevole. Suddividiamo il compito che stiamo rimandando in attività più semplici e facili da gestire. Iniziamo ad impegnarci nel compito che tendiamo a differire almeno cinque minuti al giorno e dopo qualche giorno prolunghiamo di altri cinque minuti, e così via. Individuiamo la parte più difficile del compito e realizziamola per prima. Non appena ci ritorna in mente di dover fare qualcosa che stiamo procrastinando, facciamone immediatamente almeno una piccola parte. Facciamo qualsiasi cosa che contribuisca e ci impegni alla realizzazione del compito che stiamo differendo. Premiamoci con qualcosa di piacevole, non appena finiamo di svolgere un compito impegnativo. Penalizziamoci privandoci di qualcosa di piacevole o obbligandoci a qualcosa di sgradevole, se continuiamo a non completare il compito. Facciamo un elenco di tutte le cose piacevoli che ci accadranno se smetteremo di dilazionare un compito importante e ripassiamolo regolarmente. Facciamo un elenco di tutti gli effetti negativi della nostra procrastinazione e ripassiamolo tutte le sere prima di dormire.

LA CONDUZIONE DELLE RIUNIONI

Una parte significativa della nostra attività professionale la svolgiamo in riunione, in molti casi come destinatari, in altri casi come promotori, organizzatori e/o conduttori. La quantità e il tipo di riunioni in cui siamo coinvolti, e il ruolo che vi svolgiamo, dipendono sia dalla nostra iniziativa personale che dal ruolo che occupiamo all'interno del servizio. In qualsiasi caso, in buona parte delle riunioni possiamo svolgere un ruolo attivo e contribuire agli esiti che si raggiungono. Certamente alcune, se non buona parte, delle riunioni in cui siamo coinvolti finiscono per essere dispersive, caotiche, inconcludenti: nei servizi pubblici mancano sia la cultura della riunione, che le abilità per organizzarle e gestirle. È abbastanza attendibile ritenere che se nelle aziende private le riunioni venissero condotte con la medesima inefficacia e dispersività di quelle pubbliche, andrebbero incontro a fallimento nell'arco di pochi mesi. L'obiettivo di questa parte è quello di analizzare le caratteristiche principali delle riunioni e di fornire alcune indicazioni per migliorarne l'organizzazione, la conduzione e la partecipazione.

Le riunioni di lavoro

Una riunione può essere definita come una mobilitazione di energie dirette al raggiungimento di un obiettivo comune, condiviso e dichiarato. Si possono classificare tipi diversi di riunione in base alle finalità esplicite o latenti, al numero dei partecipanti, al grado di formalità e decisionalità, alle modalità di conduzione, al livello di efficienza e produttività. Saper riconoscere il tipo di riunione che è necessario organizzare, o alla quale si è chiamati a partecipare, è importante perché ciascun tipo di riunione richiede una metodologia specifica di organizzazione e conduzione. Vi sono riunioni con lo scopo di effettuare delle scelte od

elaborare delle proposte (riunioni decisionali), per analizzare dei problemi e ricercarne le cause (riunioni analitiche), per prospettare delle soluzioni originali (riunioni creative), per elaborare un piano operativo di intervento e coordinare le attività di più persone o istituzioni (riunioni operative), per trasmettere o scambiare informazioni (riunioni informative).

In alcuni casi, la mobilitazione di energie tipica delle riunioni non è diretta verso obiettivi comuni e, accanto agli obiettivi dichiarati, ve ne sono altri occulti: in questo caso si può parlare di "pseudoriunioni". Alcune riunioni a cadenza fissa sono nate nel passato, e forse rispondevano ad esigenze reali, ma con il passare del tempo hanno perso la loro utilità (riunioni rituali); altre hanno lo scopo di assicurare o di accertare il clima organizzativo e motivazionale (riunioni rassicurative); altre ancora hanno l'obiettivo di prendere collegialmente delle decisioni che sono già state prese da chi convoca la riunione (riunioni manipolative). È inutile cercare di perseguire l'obiettivo dichiarato di una pseudoriunione: è invece utile riconoscere che si tratta di una pseudoriunione e cercare di trasformarla in una riunione, rendendone dichiarato l'obiettivo.

Una riunione è utile quando sfrutta tutte le risorse dei partecipanti e non vi sono altri modi più economici per ottenere lo stesso risultato: alcuni risultati non possono essere raggiunti senza una riunione, altri implicherebbero dei costi maggiori. Tuttavia, per rendere produttiva una riunione è necessario che si venga a creare una sinergia di sforzi e di intenti tra i partecipanti: questa sinergia non si ottiene però automaticamente, ma dipende dalle abilità del conduttore nel gestire il gruppo, e dalle abilità dei partecipanti di stare in riunione.

Ciascuna riunione ha dei costi che vanno confrontati con i risultati che riesce a produrre: dato il costo orario di un operatore di £. 80.000, una riunione di due ore con 10 operatori costa £. 1.600.000, il ritardo di un quarto d'ora di un partecipante che impedisce l'inizio della riunione costa £. 200.000, la sospensione per una telefonata di 5 minuti costa £. 67.000. A questi costi economici "diretti", si aggiungono dei costi "indiretti", più difficili da prevedere ma non meno importanti, quali i disagi determinati dalla distanza della sede o dall'orario della riunione, dalla energie e risorse personali richieste, dai risultati prodotti e dal riconoscimento e valorizzazione personali nel corso della riunione. Nella valutazione dei risultati, oltre alla produttività specifica della riunione in relazione agli obiettivi per cui è stata convocata, vanno tenuti in considerazione una serie di vantaggi secondari, che possono includere la formazione/informazione dei partecipanti, la diffusione di un messaggio di partecipazione e la diffusione di una cultura e di uno stile di lavoro.

La qualità e i risultati di una riunione sono proporzionali, da una parte, alla qualità della sua preparazione, dall'altra, alla qualità del flusso comunicativo nel gruppo e quindi alle abilità del conduttore di gestire le relazioni interpersonali e alle abilità dei partecipanti di "stare in riunione". Per il successo di una riunione, sono quindi richieste sia abilità organizzative (soprattutto nel "prima" e nel "dopo" riunione), sia abilità relazionali (nel gestire la comunicazione e le relazioni nel gruppo durante la riunione).

Organizzare riunioni di lavoro

La fase di programmazione è la più importante e quella alla quale è essenziale destinare buona parte del tempo. Le diverse attività in cui si articola la programmazione di una riunione sono illustrate nella tabella che segue.

Innanzitutto, va stabilito con la massima chiarezza e precisione l'obiettivo che si intende raggiungere e va valutato se è proprio necessario ricorrere ad una riunione, ovvero se non vi sono altri metodi più economici per raggiungere lo stesso obiettivo, quali una serie di telefonate, una richiesta scritta di informazioni o pareri, un comunicato per trasmettere delle informazioni, una serie di colloqui personalizzati. Se si conclude che non vi sono altri metodi più economici, si può passare a stabilire il tipo di riunione necessaria per raggiungere l'obiettivo e quali partecipanti vi possono contribuire positivamente. È importante invitare alla riunione soltanto le persone che possono contribuire al risultato della riunione e che sono motivate a farlo. Vanno



quindi evitate le persone demotivate o in contrapposizione, in quanto rischiano di vanificare gli sforzi degli altri partecipanti: vale in questo caso il detto popolare “meglio pochi, ma buoni”.

Un’attenzione particolare va destinata al numero dei partecipanti: infatti, quando si è troppi si lavora male, ma quando si è troppo pochi si rischia di non avere sufficienti risorse umane.

Il numero delle possibili interrelazioni in un gruppo è uguale a $\frac{N(N-1)}{2}$, quindi tra 4 persone vi sono 6 possibilità di interrelazione, mentre tra 8 persone queste salgono a 28. Ne consegue che quanto più cresce il numero dei partecipanti, tanto più è difficile controllare il flusso della comunicazione e valorizzare l’apporto di ciascuno. Il numero ottimale dei partecipanti dipende anche dal tipo di riunione: nel caso di riunioni decisionali varia tra 6 e 8, mentre nel caso di riunioni informative, soprattutto se ad una via, può essere anche molto esteso.

Tab. 11: La riunione

TAPPE ORGANIZZATIVE DI UNA RIUNIONE	
-	definire l’obiettivo
-	stabilire se è necessaria una riunione
-	determinare il tipo di riunione
-	selezionare i partecipanti
-	definire il programma/agenda dei lavori
-	stabilire la logistica
-	fare le convocazioni

Individuati i partecipanti, si può passare a programmare l’agenda della riunione, fissando: gli obiettivi generali della riunione e i risultati attesi; i singoli argomenti all’ordine del giorno con i relativi obiettivi specifici; i tempi per trattare ciascun punto all’ordine del giorno; chi ha il compito di relazionare sui diversi argomenti all’ordine del giorno. Gli argomenti devono essere proposti dal più facile al più difficile. Inoltre, l’agenda dovrebbe essere abbastanza rigida, da rendere difficili divagazioni ed eccessivi approfondimenti, e abbastanza flessibile, da poter essere modificata in funzione dei suggerimenti dei partecipanti all’inizio della riunione e dell’andamento della riunione stessa.

Molta attenzione va dedicata ad un aspetto organizzativo delle riunioni spesso messo in secondo piano: la logistica, cioè l’ambiente fisico in cui si svolge la riunione. È importante curare le dimensioni della sala (adeguata al numero dei partecipanti previsti), l’acustica, l’illuminazione, l’aerazione, le sedie e, se necessari, i tavolini e gli strumenti di visualizzazione (lavagna a fogli o luminosa, proiettore, ecc.). I partecipanti dovrebbero vedere senza difficoltà il conduttore, tutti gli altri partecipanti e l’eventuale lavagna o schermo di proiezione. È importante anche la disposizione dei partecipanti: va evitato che chi tende ad essere in contrapposizione si sieda uno di fronte all’altro, la vicinanza anche in riunione favorisce le relazioni amichevoli e positive. Inoltre, un tavolo rotondo facilita la collaborazione, mentre un tavolo rettangolare facilita la contrapposizione.

Infine, si può passare, con il giusto anticipo, alla comunicazione ai partecipanti, indicando sede e orari di inizio e fine, i nominativi dei partecipanti e l’ordine del giorno, e inviando se del caso il materiale informativo necessario per la discussione. Qualche giorno prima della riunione, è opportuno verificare che ogni partecipante abbia ricevuto l’invito, e l’eventuale materiale per la discussione, e non abbia dimenticato l’appuntamento.

Tab. 12: Verifica riunione

CHECK-LIST DI VERIFICA PRE-RIUNIONE
Quali sono gli obiettivi della riunione?
È necessaria una riunione per realizzare questi obiettivi?
Chi può contribuire concretamente al raggiungimento di questi obiettivi partecipando attivamente alla riunione?
Di che tipo di riunione si tratta?
Chi l'ha indetta?
Chi la conduce?
Chi stende il verbale della riunione?
Sono stati dettagliati i diversi argomenti all'ordine del giorno?
Chi è incaricato di relazionare in merito?
Sono specificati data, sede, orario di inizio e di chiusura dei lavori?
I locali, ed eventualmente gli strumenti di proiezione e i materiali per la discussione, sono adeguati per il tipo di riunione e il numero dei partecipanti?
La convocazione è stata fatta con il dovuto anticipo?
È stato fornito per tempo il materiale necessario per la riunione?

Partecipare e condurre riunioni

Un problema tipico di molte riunioni è il ritardo sia nell'iniziare che nel chiudere i lavori. Un obiettivo qualificante è quello di rispettare sempre e comunque gli orari prestabiliti. Iniziare in orario funziona da modello positivo per tutti i partecipanti, anche quelli solitamente ritardatari; inoltre, funge da penalizzazione per questi ultimi. Nel caso di un gruppo di lavoro che si incontra regolarmente, si può anche pensare di introdurre una punizione monetaria, ad esempio tremila lire per ogni 5 minuti di ritardo, da utilizzare poi per un momento conviviale di incontro, ad esempio una pizza in compagnia.

All'inizio della riunione è importante assicurarsi che i partecipanti siano a proprio agio, abbiano chiaro l'ordine del giorno, che va riproposto sinteticamente, e siano motivati a contribuire costruttivamente alla riunione. È anche necessario definire i tempi da destinare ai vari argomenti all'ordine del giorno e individuare un "verbalista" per la registrazione degli argomenti trattati e delle decisioni prese. Per quanto riguarda gli strumenti di comunicazione; è opportuno usare sempre un unico mezzo di visualizzazione, per potenziare l'attenzione dei partecipanti su un unico punto per volta; non distribuire dispense o altri materiali durante la riunione, per non interrompere lo svolgimento della riunione; se è necessario distribuire dispense o altri materiali, farlo alla fine della incontro.

Un ruolo fondamentale è svolto dal conduttore, che non è necessariamente chi convoca la riunione, ma che deve essere individuato in fase di organizzazione, deve avere una visione di insieme degli argomenti in discussione e degli obiettivi perseguiti con la riunione ed essere quindi in grado di collocare ciascun contributo nel contesto più ampio in cui si inserisce la singola riunione. Chi indice una riunione, o chi la conduce, ha una posizione di rilievo e si identifica fortemente negli obiettivi e nei risultati realizzati; chi viene invitato ha invece spesso un ruolo più modesto, in alcuni casi addirittura passivo, per cui l'identificazione con la riunione è inferiore, talvolta perfino dubbia.



Tab. 13: Il conduttore

LE ABILITÀ DEL CONDUTTORE
INIZIARE LA RIUNIONE IN ORARIO, esplicitando gli obiettivi del giorno. Definire il problema all'inizio, assicurandosi che gli obiettivi siano comunicati e compresi con chiarezza, e ridefinirlo più volte durante lo svolgimento dell'incontro. Saper ascoltare gli altri, prestando attenzione anche ai contenuti non verbali della comunicazione. Favorire una comunicazione fluida e democratica, controllando l'aggressività dei partecipanti e usando costruttivamente il disaccordo. Garantire a tutti i partecipanti la possibilità di intervenire e di esprimere liberamente le proprie opinioni, anche contenendo la durata di ciascun intervento. Evitare ogni tentativo di valutazione delle idee ed opinioni che emergono nel corso della discussione. Fornire stimoli e suggerimenti "aperti", quando il flusso della discussione presenta delle pause. Avere sempre presenti gli obiettivi della riunione, evitando le deviazioni e rispettando l'agenda prefissata. Limitare gli interventi irrilevanti, fuori tema e troppo lunghi chiedendo ai partecipanti di sintetizzare. Dare sempre il buon esempio, appoggiando le politiche e rispettando le procedure del servizio e dell'organizzazione di appartenenza. Riassumere, integrare e finalizzare i vari contributi, verificando periodicamente l'andamento della riunione. Fissare la prossima riunione, se necessaria, prima che i partecipanti inizino ad andarsene. TERMINARE LA RIUNIONE IN ORARIO, facendo una sintesi degli argomenti trattati e soprattutto delle decisioni raggiunte.

I partecipanti possono essere interessati ad altri obiettivi rispetto a quelli propri della riunione in corso, che possono includere il desiderio di far bella figura, di non commettere errori, di imporre le proprie opinioni, di mettersi in mostra con i superiori, o anche di farla pagare di fronte a tutti, di farla pagare ad un collega, e così via. È quindi importante:

- Invitare alla riunione soltanto chi è motivato a partecipare. A volte è meglio qualche contributo in meno che un partecipante demotivato in più.
- Far capire ai partecipanti che i contributi circa il contenuto si aspettano solo da loro.
- Evitare che il conduttore diventi un partecipante troppo attivo, togliendo spazio agli altri e ostacolando la loro identificazione con la riunione: un cattivo conduttore è colui che ama molto ascoltarsi e che, assumendo un atteggiamento tra l'istrionico e il paterno, monopolizza la riunione con le sue prolusioni.
- Non aspettarsi un aiuto nella gestione della riunione da parte dei partecipanti, anche quando questi sono attivamente interessati.

Per garantire l'efficacia della riunione è essenziale la partecipazione attiva e motivata di tutti i partecipanti; ciascuno deve sentirsi responsabile dei risultati prodotti ed essere interessato a rendere produttiva la riunione. A tale scopo è importante tenere conto dei bisogni dei partecipanti:

- di sicurezza, di poter esprimere liberamente le proprie opinioni, senza essere aggredito o colpevolizzato;
- di considerazione, di essere ascoltati e vedere che le proprie idee vengono valorizzate e utilizzate;
- di partecipazione, di contribuire concretamente ai risultati della riunione.

Se questi bisogni vengono frustrati, i partecipanti tendono a reagire in maniera passiva, non collaborando, o aggressiva, ostacolando lo svolgimento della riunione: in qualsiasi caso,

non contribuiscono con ciò che possono dare al gruppo. È responsabilità del conduttore della riunione prendere in considerazione questi bisogni e valorizzarli.

In riunione si comunica sempre a due livelli, uno verbale (le cose che si dicono) e uno non verbale (le cose che si fanno capire). Talvolta, vengono fatte a livello verbale delle affermazioni che sono poi smentite dalle cose che si fanno capire. È quindi importante che il conduttore presti particolare attenzione alle comunicazioni non verbali, consapevole che ogni comportamento è un messaggio. Tra i compiti del conduttore vi è anche quello di ostacolare le interruzioni, soprattutto tra i partecipanti: è lecito interrompere soltanto per chiedere chiarimenti ed evitare le divagazioni, ma non deve diventare una abitudine come mezzo per potersi esprimere. Rimanendo in tema di rispetto degli altri, chi ha l'abitudine di fumare, dovrebbe avere abbastanza capacità di autocontrollo o, in mancanza di questa, abbastanza senso civico da astenersi, anche se ci fosse un solo partecipante non fumatore. Questo è particolarmente importante quando il "fumatore" è lo stesso conduttore del gruppo: come può ispirare fiducia chi non ha autocontrollo, né rispetto per gli altri?

Infine, è compito del conduttore evitare le divagazioni, che talvolta vengono utilizzate per contrastare le opinioni di altri partecipanti o per mettere in discussione l'autorevolezza del conduttore o la riunione stessa. È essenziale garantire la sequenzialità degli interventi, cioè che ciascun intervento sia collegato ed elabori il precedente, e non sia invece una semplice reiterazione di quanto appena sostenuto. Nell'affrontare la discussione su un problema complesso può essere utile scinderlo nelle sue parti elementari ed affrontarle una per volta.

Tab.14: Comportamenti da evitare

COMPORTAMENTI CHE IL CONDUTTORE DEVE EVITARE
Incoraggiare i partecipanti a rivolgersi a lui direttamente
Assumere atteggiamenti moraleggianti e esprimere giudizi di valore
Parteggiare per qualcuno dei partecipanti
Esibire la propria opinione sulle osservazioni dei partecipanti
Fare discorsi lunghi, cedendo alla tentazione di far mostra della propria capacità oratoria
Mettere in ridicolo e in imbarazzo qualche partecipante
Assumere atteggiamenti difensivi e rifiutare le critiche
Cercare di dominare le opinioni degli altri
Trarre delle conclusioni affrettate
Assumere atteggiamenti da esperto
Dedicare troppo tempo alle definizioni e alle analisi, piuttosto che alla ricerca di possibili soluzioni.
Dare per scontato le informazioni, le conoscenze e le opinioni degli altri.

Le diverse fasi dell'attività di riunione si articolano sempre in due modalità contrapposte, talvolta compresenti nello stesso tempo, in genere piuttosto ben distinte tra loro e ricorrenti nel corso di una stessa riunione:

- momenti di lavoro, durante i quali i partecipanti sono concentrati nella realizzazione dei risultati attesi;
- momenti di non lavoro, durante i quali i partecipanti sembrano lavorare per il risultato, ma tale attività è solo formale e pretestuosa per perseguire invece obiettivi non



dichiarati, non sempre consapevoli, ma comunque presenti e importanti, e quasi sempre attinenti le relazioni interpersonali tra i partecipanti.

Tipici “momenti di non lavoro” sono quelli della dipendenza dall'autorità del conduttore della riunione, che porta i partecipanti a non esprimersi, ovvero della contro dipendenza, che porta invece a contrastare a priori il conduttore. Se il lavoro viene ostacolato da questo tipo di fenomeni, parlarne esplicitamente è meglio che far finta di niente. È comunque essenziale evitare i giudizi di valore, e trattare la questione obiettivamente, sulla base dei fatti. Quando il gruppo è concentrato in un “momento di non lavoro”, non è utile richiamarlo al risultato, ma è necessario chiedersi quale obiettivo sta perseguendo in quel momento, analizzarlo, soddisfarlo e riportare il gruppo a un “momento di lavoro”. Del resto, soltanto parte del tempo trascorso in riunione, di solito inferiore al 50%, è utile ai fini dell'obiettivo specifico della riunione, e questa percentuale tende a diminuire quanto più la riunione è di natura decisionale, cioè ad elevato coinvolgimento dei partecipanti. Ciò non va considerato necessariamente come “tempo perso”, nella misura in cui consente dei benefici secondari, quali il relazionarsi dei partecipanti, la condivisione di esperienze e conoscenze, lo scambio di idee e opinioni, la sdrammatizzazione dei problemi, lo star bene e il divertirsi insieme: non c'è niente di male, anzi fa bene a voi stessi e alla vostra salute, “divertirsi” sul lavoro.

Il momento cruciale per la produttività della riunione è la fase finale dell'incontro, quando vanno tratte le conclusioni e prese le decisioni, con specificazione di chi deve attuarle ed entro quale scadenza. È fondamentale anche per garantire la motivazione dei partecipanti nei confronti dell'istituzione e delle riunioni future. Una riunione priva di conclusioni e decisioni rischia di provocare nei partecipanti sentimenti di colpa, di impotenza e di rabbia, l'impressione di avere sciupato del tempo e delle risorse, e la conferma che l'organizzazione non funziona. Verso la fine della riunione, sarà quindi importante:

- Accertare il consenso dei partecipanti sui risultati raggiunti e sulle decisioni prese.
- Dettagliare i risultati e le decisioni.
- Assegnare le responsabilità di rendere operativi i risultati raggiunti (chi deve fare che cosa, come e quando).
- Se è necessaria un'ulteriore riunione, stabilire perché, quando e dove.
- Valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi esplicitati all'inizio della riunione e le eventuali difficoltà che hanno ostacolato il loro raggiungimento.

Particolarmente importante, per dimostrare sia l'efficacia nella programmazione e nella conduzione della riunione, che l'attenzione per le esigenze personali dei partecipanti, è concludere nell'orario stabilito.

Dopo la riunione va predisposto il verbale, e inviato ai partecipanti, e va fatta una verifica dei risultati raggiunti, che comprenda anche la verifica dei tempi e modi di esecuzione delle decisioni prese nella riunione.

Tab.15: Valutazioni post riunione

CHECK-LIST DI VALUTAZIONE POST-RIUNIONE
Sono stati raggiunti gli obiettivi della riunione? La riunione si è dimostrata utile e necessaria? I partecipanti hanno potuto contribuire liberamente e concretamente ai risultati? Sono stati rispettati gli orari di inizio e di chiusura dei lavori? Sede, attrezzature e materiali, si sono dimostrati adeguati? La conduzione della riunione è stata efficace? È stato steso il verbale, ed è stato successivamente inviato ai partecipanti? Sono state assunte delle decisioni? Come sono state assunte queste decisioni? Chi è stato incaricato di darvi esecuzione? Si è resa necessaria un'ulteriore riunione? Sono stati definiti sede, data e ordine del giorno della prossima riunione?

BIBLIOGRAFIA

- D'Agostini G. (2001), *Psicologia del manager*, Bussolengo (VR), Demetra
- Ferreri R. (1997), *Come condurre una riunione*, Milano, Franco Angeli
- Fontana D. (1997), *Gestire bene il tempo di lavoro. Strategie di time management*, Trento, Erickson
- Hanneaway G. e Hunt G. (1992), *Le abilità manageriali*, Milano, Franco Angeli
- Heller R. (1999), *Motivare le persone*, Bologna, Calderini
- Heller R. (2000), *Leader di successo*, Bologna, Calderini
- Keenan K. (1997), *Essere manager*, Legnano (MI), Edicart
- Keenan K. (1997), *Il meeting riuscito*, Legnano (MI), Edicart
- Keenan K. (1997), *Manager: istruzioni per l'uso*, Legnano (MI), Edicart
- Lepori M. (2001), *Manager di se stessi*, Bussolengo (VR), Demetra
- Meichenbaum D. (1990), *Al termine dello stress*, Trento, Erickson
- Sansavini C. (1996), *Parlare in pubblico o "la presentazione persuasiva"*, Bussolengo (VR), Demetra
- Seligman M.E.P. (1996), *Imparare l'ottimismo*, Firenze, Giunti
- Soverini M. (1996), *Come creare gruppi di lavoro efficaci ed efficienti*, Milano, Franco Angeli



LA PROGRAMMAZIONE DELLE ATTIVITÀ DEL SERVIZIO

Lorenzo Rampazzo

Coordinamento Regionale - Direzione per i Servizi Sociali - Regione Veneto

INTRODUZIONE

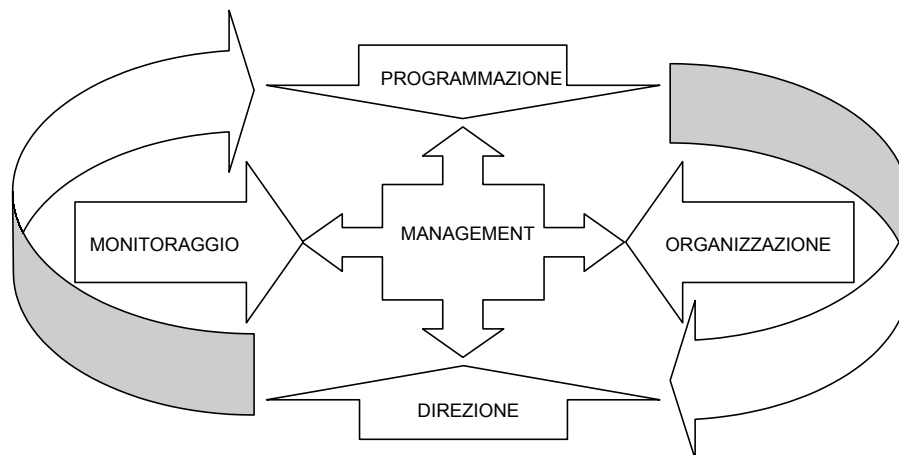
Il management è sia arte che scienza: è l'arte di rendere le persone (colleghi, collaboratori, utenti, familiari, ecc.) più efficaci di quanto sarebbero senza di noi; la scienza sta nel modo in cui lo facciamo. Il management è il processo – che implica aspetti sia tecnici che interpersonali – attraverso cui si specificano e si realizzano gli obiettivi dell'istituzione di riferimento, utilizzando le risorse (ossia persone, professionalità, cultura, ambiente sociale, attrezzature, tecnologie, ecc.) a disposizione o attivabili per il raggiungimento di tali obiettivi. Esso si sviluppa in 4 momenti fondamentali, in un rapporto dinamico e circolare tra di loro: programmazione, organizzazione, direzione e monitoraggio.

Programmazione: il management inizia con la programmazione; un buon management inizia con una buona programmazione. Senza un programma non riusciremo mai a raggiungere i nostri obiettivi; se ci riusciamo sarà per caso e non sarà ripetibile. Innanzitutto, dovremo definire con chiarezza e precisione i nostri obiettivi, o farli definire da chi ci dirige. Dovremo poi individuare il modo migliore per realizzarli: quali risorse abbiamo a disposizione, quali possiamo attivare? Confrontiamo i punti di forza e i punti deboli delle persone e delle altre risorse disponibili o attivabili. Proviamo a prevedere tutte le possibilità ed elaboriamo un piano. Proviamo anche a prevedere la possibilità che le cose non funzionino e elaboriamo un piano anche per questa eventualità. Valutiamo tutti i diversi piani che abbiamo elaborato e sviluppiamo quello che, secondo la nostra opinione più obiettiva, funzionerà meglio e che cosa faremo se non funzionerà.

Organizzazione: una volta che abbiamo un piano dobbiamo renderlo operativo, cioè passare al momento dell'organizzazione delle azioni: c'è tutto quello che serve per iniziare? Noi e le altre persone coinvolte siamo pronti per passare all'azione: siamo addestrati, motivati e abbiamo tutti gli strumenti necessari? I destinatari dell'intervento sono pronti per riceverlo? Verifichiamo che tutti siano consapevoli dell'importanza del loro ruolo, di quello che dovranno

fare, dove e quando. Il management si fonda sull'organizzazione, intesa sia come sistema aperto di strutture e processi, sia come funzione attiva rappresentata dall'insieme delle attività atte a recuperare e a distribuire le risorse necessarie per realizzare un programma.

Fig. 1: Il ciclo del Management



Direzione: definita l'organizzazione delle attività, possiamo passare all'azione. È un po' come dirigere un'orchestra: tutti hanno lo spartito di fronte a loro, tutti sanno qual è la loro parte e quando devono inserirsi. Compito del direttore d'orchestra è quello di segnalare l'avvio e i passaggi della musica. Le persone hanno bisogno di direzione per agire in maniera efficiente ed efficace; devono sapere quali sono gli obiettivi principali da raggiungere, quali compiti specifici devono svolgere e quale contributo al risultato finale ci si aspetta da loro. La funzione di direzione richiede quindi l'abilità di guidare, motivare e supervisionare il lavoro degli altri.

Monitoraggio: ora che le attività sono in corso, compito del manager è quello di accertarsi che tutto proceda secondo programma. Il manager deve essere sempre consapevole di cosa sta succedendo: si tratta di un processo dinamico e interattivo. Certamente emergeranno dei problemi: qualcuno si ammalerà o cambierà sede, qualche materiale o strumento non verrà consegnato in tempo, qualche soggetto coinvolto si ritirerà. Se qualcosa non procede secondo programma sarà necessario intervenire per introdurre gli aggiustamenti necessari, e cioè programmare le modifiche, organizzare le risorse da mettere in campo, dirigere le persone coinvolte perché il nuovo programma venga realizzato e continuare a monitorare l'effetto del cambiamento. Il monitoraggio è una funzione del *management* che, attraverso una raccolta metodica di dati, verifica se le risorse materiali e finanziarie impiegate in un'iniziativa sono sufficienti, il personale impiegato è adeguatamente preparato e qualificato, le attività in atto sono previste nei termini di riferimento e sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati nei piani di lavoro. Il monitoraggio consiste nell'accertamento e nella descrizione puntuale e metodica dell'avanzamento di un progetto e nella segnalazione tempestiva (spesso in tempo reale) di manifeste discrepanze rispetto a quanto prestabilito.

Ne vale la pena? Gestire persone e risorse non è facile; comunque, si può fare con successo e può essere un'esperienza estremamente gratificante. Ricordiamoci che il management, come qualsiasi altra abilità, è qualcosa che si può migliorare con lo studio e la pratica. E non si tratta di un'abilità necessaria soltanto per i dirigenti, i responsabili o i capiprogetto; il management riguarda tutti e tutti possono trarre vantaggi da un approccio manageriale, sia sul lavoro che nella vita privata. Ciò che varia è il contesto in cui si applica, le risorse a disposizione, le persone da gestire, lo scopo e le dimensioni dell'azione da svolgere; tuttavia, quella manageriale è una abilità di base, quasi un prerequisito professionale. Si tratta di una modalità organizzata e programmata di svolgere consapevolmente il nostro ruolo di operatori, applicabile in qualsiasi contesto o livello professionale ci troviamo coinvolti. Proviamo



ora a vedere come si può applicare un approccio manageriale alla programmazione delle attività di un servizio pubblico o del privato sociale nel settore delle dipendenze.

IL PIANO STRATEGICO DEL SERVIZIO

La programmazione delle attività del servizio inizia con la definizione del Piano Strategico. Per pianificazione strategica si intende il processo decisionale attraverso il quale si definiscono le finalità e gli obiettivi dell'organizzazione, il loro impatto sui mezzi da utilizzare e sulle politiche che devono informare l'acquisizione, l'uso e l'allocazione delle risorse. Il piano strategico di un servizio (pubblico o del privato sociale) si articola nelle componenti riportate nella tabella che segue.

Tab. 1: Piano Strategico

IL PIANO STRATEGICO	
-	La Vision
-	La Mission
-	Il Sistema dei Valori
-	Gli Obiettivi Strategici
-	I principi etici

La vision esprime le norme, i valori di fondo e un'immagine di insieme di ciò che l'organizzazione vuole essere nel suo complesso. La vision è alla base della definizione della mission e come questa deve essere esplicitata dal vertice dell'organizzazione (top management) per sviluppare coesione tra tutti i membri dell'organizzazione. La mission (o missione) rappresenta invece la ragione fondamentale per cui l'organizzazione esiste, il proposito di base dell'organizzazione, ciò che l'organizzazione sceglie di fare per ottenere riconoscimento, soddisfare i bisogni dei clienti/utenti e realizzare i propri obiettivi.

La prima cosa da fare è quindi comprendere ciò che è previsto che il servizio attui definendone la mission: si tratta di riassumere le funzioni del servizio in una breve affermazione che informa i clienti, sia esterni (utenti, famiglia, popolazione in generale) che interni (operatori, altri servizi). Definire la mission è un'attività complessa che coinvolge ogni livello dell'organizzazione, è un processo interattivo e inclusivo. Essa deve tenere conto sia del target del servizio (i clienti principali, sia interni che esterni), che delle sue competenze principali, per cui è necessario fare ampio riferimento alla normativa vigente e ai provvedimenti regionali applicativi.

Avere una mission chiara e precisa da perseguire aiuta tutti a cooperare e a direzionare al meglio il proprio lavoro; gli obiettivi specifici nella programmazione del servizio saranno le misure a breve termine per realizzare la mission. Se la *mission* è stata ben definita fornirà una visione strategica e una direzione chiara al servizio e non dovrà essere rivista per qualche anno; essa andrà rivista quando non sarà più pertinente o rilevante.

È possibile che il nostro servizio sia inserito in un contesto organizzativo (l'azienda ULSS, il Dipartimento per le dipendenze, il Piano di zona) dove è già stata definita una mission: sarà allora necessario capire qual è la nostra parte per perseguirla e realizzarla e sarà comunque necessario definire la mission del nostro servizio. Proviamo a rispondere a questi quesiti: esiste una mission aziendale (o di dipartimento, o di piano di zona)? Cosa abbiamo dovuto fare per conoscerla? È appropriata? È attuabile? E soprattutto, la condividiamo? Confrontiamoci al riguardo con colleghi interni e esterni all'azienda.

Va esplicitato anche il sistema dei valori e i principi etici che guidano quotidianamente il nostro modo di operare e di interagire con gli utenti, le loro famiglie, la popolazione in generale e i diversi colleghi e collaboratori che interagiscono con noi. La condivisione della vision e del

sistema dei valori da parte di tutti gli operatori del servizio ci consentirà di perseguire con efficacia la nostra mission. Tuttavia, la mission è un'affermazione a livello strategico che per essere resa operativa deve essere articolata in una serie di azioni specifiche. Il piano strategico include la mission e i suoi obiettivi strategici, che andranno ulteriormente specificati in obiettivi (esiti) misurabili. Anche nel caso degli obiettivi strategici, ossia ciò che ci si prefigge di raggiungere per il soddisfacimento di un'area di bisogno, ossia di squilibrio tra esigenze fisiche, psichiche e sociali e disponibilità di risorse per soddisfarle, è necessario fare ampio riferimento alla normativa vigente e ai provvedimenti regionali applicativi.

Tab. 2: Esempio di piano strategico

ELEMENTI	DESCRIZIONE
<i>LA VISION</i>	Insieme per una amministrazione pubblica al servizio della salute del cittadino.
<i>LA MISSION</i>	Fornire consulenza, assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali in grado di creare dipendenze patologiche e per promuovere uno stile di vita sano e solidale all'interno di un percorso di cittadinanza attiva e responsabile.
<i>IL SISTEMA DEI VALORI</i>	- promuovere un ambiente libero da pregiudizi e discriminazioni, che rispetti la diversità. - sostenere un ambiente favorevole alla famiglia. - trattare chiunque con rispetto e cortesia. - ottimizzare le potenzialità di ogni persona. - favorire la fiducia e la solidarietà tra colleghi e servizi e incoraggiare la condivisione di informazioni e risorse. - aderire con entusiasmo all'era dell'informatica. - essere vigili e oculati nell'utilizzo delle risorse pubbliche. - praticare il buon senso. - fornire un servizio di qualità. - adottare un approccio di ascolto, apprendimento e condivisione nei confronti dei nostri interlocutori. - cooperare con tutti gli interlocutori pubblici e privati del Servizio. - essere esempio di integrità e moralità.
<i>I PRINCIPI ETICI / DIRITTI DELLA PERSONA</i>	- diritto alla "sicurezza sociale" in una società libera dalle droghe - diritto "all'informazione precoce" sugli effetti delle sostanze - diritto alla "tutela da azioni incentivanti l'uso di droghe" - diritto alle "cure precoci" - diritto ad un "ambiente libero dalle droghe" - diritto alla "valorizzazione delle potenzialità individuali" - diritto a non subire "strategie comunitarie di lotta alla droga penalizzanti l'individuo" - diritto "all'autodeterminazione"
<i>GLI OBIETTIVI STRATEGICI</i>	- Far aumentare la consapevolezza delle persone e degli amministratori relativamente al bisogno di sviluppare politiche intersettoriali e programmi specifici in grado di promuovere la salute e, nel contempo, di agire attivamente contro l'uso incongruo di ogni tipo di sostanza stupefacente e psicoattiva ("Droghe" alcool e tabacco compresi). - Assicurare e rendere disponibile al cittadino, quanto più possibile, un'informazione obiettiva sulle modalità preventive e sui rischi connessi ai particolari stili di vita conseguenti all'uso di droghe o di altre sostanze psicoattive. - Fornire ai cittadini con problemi di droga od a forte rischio un equo e precoce accesso al sistema socio-sanitario, garantendo idonee infrastrutture di prevenzione ed assistenza.



	- Eseguire valutazioni costanti sull'impatto delle scelte politiche sulla promozione della salute (con particolare riguardo alle misure assunte per ridurre e contrastare l'uso non terapeutico di sostanze psicoattive), oltre che sulla cura e riabilitazione delle persone che presentino il problema. - Promuovere la formazione e la ricerca di nuove forme di prevenzione, cura e riabilitazione. - Assicurare congrui e permanenti finanziamenti alle iniziative ed ai sistemi specifici per la lotta alla droga ed alle sue conseguenze.

FUNZIONI E COMPITI DEL SERVIZIO

Definito il piano strategico e il modello organizzativo del Servizio, è necessario esplicitarne le funzioni e i compiti, rifacendosi anche in questo caso alla normativa vigente e ai provvedimenti applicativi regionali, nonché ad eventuali specifiche indicazioni aziendali o del piano di zona. A titolo di esempio, si riportano di seguito le schede riassuntive delle funzioni e dei compiti di un dipartimento per le dipendenze, di un servizio ambulatoriale per tossicodipendenti (Ser.T) e di un servizio residenziale per tossicodipendenti (comunità terapeutica).

Tab. 3: Funzioni e compiti del Dipartimento per le Dipendenze

FUNZIONI E COMPITI DEL DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE	
DEFINIZIONE	Dipartimento funzionale per le tossicodipendenze e le alcoldipendenze.
FINALITÀ	sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate nell'area ad elevata integrazione sociosanitaria delle dipendenze da sostanze psicoattive, tendenti a perseguire gli obiettivi della politica sociosanitaria Regionale ed aziendale attraverso il coordinamento di tutte le unità operative del pubblico e del privato sociale accreditato che si occupano direttamente o indirettamente di dipendenze.
COMPITI	- Attuare il coordinamento delle unità operative interessate. - Coordinare ed integrare le attività di registrazione ed archiviazione centralizzata dei dati. - Promuovere l'allineamento con le indicazioni aziendali e regionali. - Concorrere al controllo e alla verifica della qualità dell'assistenza. - Studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure. - Incentivare l'umanizzazione dei rapporti tra le strutture sanitarie i pazienti e le loro famiglie. - Promuovere le attività di aggiornamento e formazione. - Garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra Aziende ULSS e Privato Sociale, Scuola, Enti Locali, Comunità terapeutiche, Volontariato, ecc., sulla scorta degli indirizzi contenuti nel Piano di zona dei Servizi sociali.

Tab. 4: Funzioni e Compiti del servizio ambulatoriale

FUNZIONI E COMPITI DEL SERVIZIO AMBULATORIALE PER TOSSICODIPENDENTI (SER.T)	
DEFINIZIONE	Servizio ambulatoriale terapeutico-riabilitativo per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti.
FINALITÀ	Accoglienza, trattamento terapeutico-riabilitativo e reinserimento socio-lavorativo di persone tossicodipendenti e alcolodipendenti: Il servizio assicura la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, anche in collaborazione con altri servizi specialistici. Le prestazioni sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi nelle sedi operative, o, se necessario, a domicilio. Le prestazioni di prevenzione possono essere erogate anche mediante mezzi mobili.
UTENZA	persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche sottoposte a trattamenti farmacologici sostitutivi.
COMPITI	a. garantire pronta accoglienza, diagnosi e presa in carico del paziente; b. predisporre, per ogni singolo utente, un programma terapeutico-riabilitativo con valutazione diagnostica multidisciplinare iniziale e monitoraggio periodico delle variazioni dello stato di salute, in relazione ai risultati degli interventi effettuati, in termini di uso di sostanze, qualità della vita, abilità e capacità psico-sociali, comparsa delle principali patologie correlate; c. effettuare terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico; d. svolgere attività di psicodiagnosi, di "counseling", di sostegno psicologico, di psicoterapia; e. svolgere attività di prevenzione, screening/counseling e cura delle patologie correlate all'uso di sostanze, anche in collaborazione con altri servizi specialistici; f. svolgere attività di orientamento e di sostegno in ambito sociale ed educativo; g. svolgere specifiche e strutturate attività per la prevenzione delle principali cause di morte e di inabilità (malattie infettive, overdose etc.); h. attivare specifici programmi destinati alle donne, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, prevedendo, in particolare, interventi relativi a gravidanza, prostituzione, episodi di violenza; i. rilevare, sulla base delle indicazioni stabilite a livello nazionale e regionale, i dati statistici ed epidemiologici relativi alle attività e al territorio di competenza; j. svolgere attività di riabilitazione e di prevenzione delle ricadute. Il servizio attua inoltre per le persone in carico i seguenti interventi relativi alle infezioni da HIV e alle altre patologie correlate alla tossicodipendenza: a. individuazione dei comportamenti a rischio; b. informazione ed educazione sanitaria; c. visite mediche e interventi diagnostici e terapeutici, in collaborazione con strutture specialistiche; d. test di laboratorio per l'HIV, previo consenso, e counseling; e. collaborazione e integrazione degli interventi con altre strutture specialistiche; Il servizio collabora anche alle attività di prevenzione primaria coordinandosi, tramite il Dipartimento, con i servizi aziendali ed extra-aziendali competenti.



Tab. 5: Funzioni e Compiti del servizio residenziale

FUNZIONI E COMPITI DEL SERVIZIO RESIDENZIALE PER TOSSICODIPENDENTI	
DEFINIZIONE	Servizio residenziale terapeutico-riabilitativo per persone tossicodipendenti e alcolodipendenti (comunità terapeutica).
FINALITÀ	Accoglienza, trattamento terapeutico-riabilitativo e reinserimento socio-lavorativo di persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche sottoposte a trattamenti farmacologici sostitutivi.
UTENZA	persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche sottoposte a trattamenti farmacologici sostitutivi.
CAPACITÀ RICETTIVA	Le attività sono organizzate per moduli di massimo 30 utenti.
PRESTAZIONI	a) Gestione dell'attività educativa orientata alla vita comunitaria ed all'attività lavorativa. b) Gestione specialistica della psicoterapia con personale abilitato. c) Gestione degli aspetti medici (condizioni di base e specialistiche⁴, es. malattie diffuse). d) Gestione specialistica delle problematiche psicopatologiche con personale abilitato e) Gestione attività terapeutiche-riabilitative di pre-reinserimento socio lavorativo (anche in collaborazione con enti esterni) con specifico gruppo operativo dedicato. f) Gestione specialistica (con accreditamento specifico) della comorbidità psichiatrica (anche con trattamento farmacologico) che traggono vantaggio dal trattamento residenziale con personale abilitato.
CATEGORIE DI MANAGEMENT DELL'UTENZA	CLASSE A: persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, anche in presenza di patologia psichiatrica compensata e gestibile, che non abbisognano di management intensivo e specialistico; CLASSE B: persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, con presenza di patologia psichica, che abbisognano di management intensivo ma non specialistico; CLASSE C: persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, con presenza di patologia psichica, che abbisognano di management intensivo e specialistico; CLASSE D: persone tossicodipendenti e alcolodipendenti, con presenza di patologia psichica, che abbisognano di management intensivo e specialistico, anche di natura psichiatrica.
PROGRAMMA	Il programma esplicita: a) I principi ispiratori e la metodologia degli interventi, la definizione delle fasi e dei tempi complessivi di svolgimento, le modalità di relazione con i familiari, la descrizione degli interventi (di tipo medico, psicologico, educativo, lavorativo, sociale), le modalità di utilizzo del personale e delle attrezzature, le misure intraprese ai fini della tutela della salute degli utenti. b) La tipologia delle persone alle quali si indirizza l' intervento, con particolare riguardo a quelle con caratteristiche specifiche (es.: minori, soggetti sottoposti a misure alternative alla carcerazione, ecc.), precisando altresì il numero dei posti per essi disponibili. c) Le modalità di valutazione e verifica degli interventi.
REGOLAMENTO INTERNO	Il regolamento interno descrive: a) i diritti e gli obblighi che l' utente assume con l'accettazione del programma di assistenza; b) le regole di vita comunitaria, con particolare riguardo alle norme comportamentali degli operatori e degli utenti e al loro eventuale utilizzo nelle attività quotidiane (cucina, pulizia, lavanderia, ecc.).

IL MODELLO ORGANIZZATIVO

Anche nel caso della definizione del modello organizzativo è necessario fare ampio riferimento alla normativa vigente e ai provvedimenti regionali applicativi, con particolare riferimento al documento relativo alle indicazioni e alle linee tecniche per l'istituzione del Dipartimento per le Dipendenze¹. L'organizzazione del Servizio sarà quindi finalizzata alla realizzazione di un Sistema Integrato di servizi per le dipendenze formato da soggetti pubblici e privati accreditati in un'ottica di pari dignità, con compiti, responsabilità complementari e fortemente coordinati e integrati per garantire globalità e continuità assistenziale con riferimento alla complessità sociale, alle diverse dinamiche che in essa si esprimono anche in termini di rischio comportamentale e sociale.

La modalità organizzativa impiegata sarà di tipo funzionale, con flessibilità organizzativa e possibilità di agevoli modellamenti futuri sulla base della variazione dei bisogni di intervento, fondata su un modello dirigenziale di tipo democratico, con una leadership partecipata e delegante (a bassa guida operativa e ad alta relazione interpersonale), finalizzata al consenso informato di tutto il personale e al coinvolgimento diretto dei responsabili delle unità operative nelle decisioni e nella programmazione delle attività, nel rispetto dell'autonomia tecnico-funzionale e gestionale delle singole unità operative.

L'attenzione sarà quindi allo sviluppo di sistemi di lavoro orientati all'integrazione culturale e alla qualità, trasparenti e verificabili in termini di risorse impiegate, processi utilizzati e risultati prodotti, secondo una "logica dell'empowerment", della piena assunzione delle responsabilità delle risorse assegnate e dei risultati da conseguire con forte decentramento dei livelli decisionali, basata sul principio della "responsabilità diffusa" con valutazione permanente dei risultati prodotti e dei costi generati e sulla centralità della persona (cliente-utente-paziente).

Queste caratteristiche del modello organizzativo andranno esplicitate chiaramente, andando anche a definire nel dettaglio il sistema organizzativo (che si articola nelle componenti illustrate nella tabella che segue), nonché i processi operativi e gli strumenti operativi (di cui si riportano alcuni esempi nelle tabelle che seguono) che supportano il modello organizzativo del servizio.

Tab. 6: Il sistema organizzativo

SISTEMA ORGANIZZATIVO	
STRUTTURA DI BASE:	
☐	divisione gerarchica e funzionale del personale
☐	divisione degli spazi e delle risorse tecnologiche
☐	divisione delle risorse economiche
MECCANISMI OPERATIVI:	
☐	criteri attraverso i quali vengono assunte le decisioni
☐	criteri di valutazione e controllo delle attività
☐	metodologie di lavoro "ufficiali"
☐	criteri di utilizzo delle risorse
PROCESSI SOCIALI:	
☐	sistema dei valori che orienta le attività degli operatori
☐	prassi e comportamenti in atto nel servizio
☐	compensazioni/carenze di organico, strutture, beni e servizi
☐	stile di leadership

¹ D.G.R. 22 giugno 1999, n. 2217



Tab. 7: Processi e Strumenti Operativi

PROCESSI OPERATIVI	STRUMENTI OPERATIVI
- Conferenza di servizio - Riunioni d'équipe - Riunioni sul caso - Riunioni sul progetto - Briefing	• Piano strategico • Programma annuale • Obiettivi mensili • Flow-chart: -Procedure -Progetti • Schede di attività e di progetto • Promemoria/Report in progress

Una volta definito il modello organizzativo, è necessario verificare se l'organizzazione la persegue: se l'organizzazione non persegue la mission, sarà necessario modificare l'organizzazione in modo tale che sia compatibile con la mission. Una volta definita l'organizzazione idonea al perseguimento della mission, sarà necessario pubblicizzarla sia all'interno del servizio che all'esterno: il modo più semplice di farlo è di rappresentarla tramite un organigramma, ossia uno schema o rappresentazione grafico-descrittiva della struttura aziendale, dei rapporti gerarchici e degli aspetti organizzativamente rilevanti delle funzioni, delle attività e delle loro reciproche relazioni.

Gli organigrammi servono a rappresentare, sia ai componenti del servizio, che ai clienti sia interni che esterni, la struttura organizzativa del servizio. In genere, si ritiene che tale struttura organizzativa rappresenti la struttura del potere all'interno del servizio; di solito, riflette soltanto la struttura delle responsabilità, in quanto il potere reale all'interno del servizio segue spesso linee di comunicazione, piuttosto che linee organizzative. Talvolta, gli organigrammi sono confusivi: di solito, ciò non è intenzionale, ma riflette la confusione della struttura organizzativa. Se le relazioni funzionali tra i diversi componenti del servizio sono poco definite o cambiano frequentemente, è praticamente impossibile rappresentarle graficamente. In genere, gli organigrammi sono descrittivi piuttosto che propositivi. Tuttavia, gli organigrammi possono anche essere utilizzati come strumenti di gestione per perseguire gli obiettivi del servizio, rappresentando la struttura organizzativa da promuovere e realizzare, piuttosto che meramente riprodurre quella attuale.

Di seguito vengono riportati due esempi di organigramma, il primo di una struttura complessa quale il Dipartimento per le dipendenze, il secondo di una struttura più semplice, una unità operativa di cura e riabilitazione. Per un approfondimento della costruzione e dell'utilizzo degli organigrammi si rimanda alla sezione specifica contenuta nel presente manuale.

LA PROGRAMMAZIONE OPERATIVA

Definito il piano strategico da perseguire per un certo periodo di tempo, esplicitati funzioni e compiti del servizio e definito il modello organizzativo da adottare, è necessario passare alla programmazione operativa delle attività del servizio. Le tappe fondamentali nel processo di programmazione operativa sono l'analisi dei bisogni presenti nella comunità locale o nel gruppo di riferimento e la coerente scelta degli obiettivi da porre a base dell'azione. Si tratta di una fase molto importante del processo di programmazione: la conoscenza approfondita dei problemi a cui dare risposta è infatti condizione essenziale per fissare dei buoni obiettivi e la formulazione chiara e analitica degli obiettivi è premessa indispensabile alla individuazione di azioni efficaci.

I bisogni di un gruppo speciale di riferimento, qual è il caso degli utenti di un Ser.T o di una comunità terapeutica, rappresentano un sottoinsieme fortemente interagente con l'insieme dei bisogni presenti nella comunità locale; tale analisi deve perciò collocarsi nel più ampio quadro del sistema dei problemi della comunità locale considerata; l'analisi dei bisogni dovrà anche

Fig. 2: Esempio di Organigramma: il Dipartimento per le Dipendenze

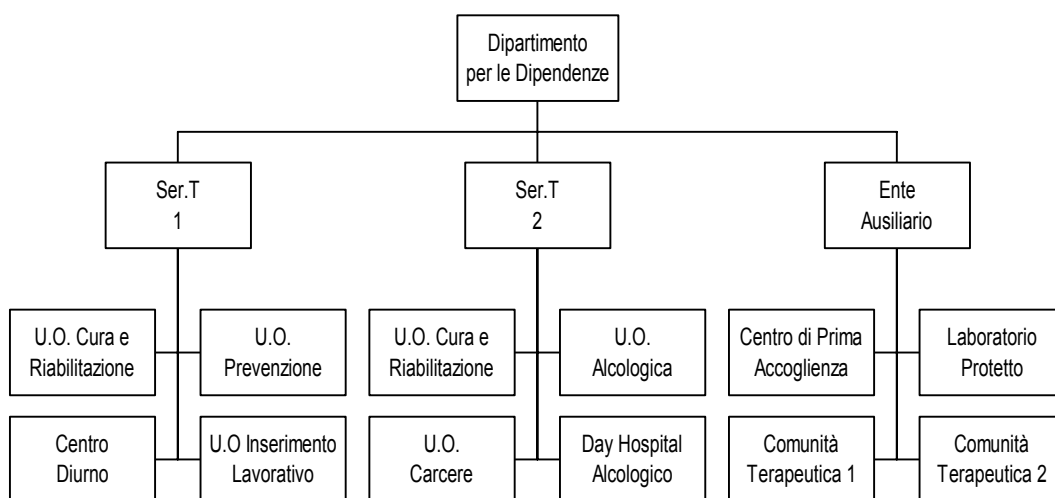
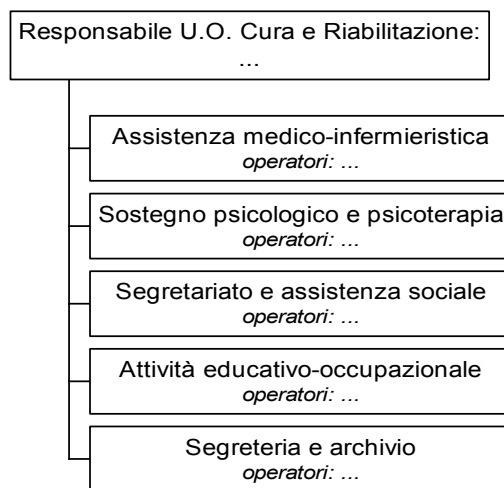


Fig. 3: Esempio di Organigramma di Unità Operativa





essere dinamica, in considerazione del fatto che i bisogni si differenziano sensibilmente tra loro, non sono riconducibili a variabili o dimensioni semplici e inoltre evolvono nel tempo.

Fondamentali nell'analisi dei bisogni sono gli *stakeholder*, ossia tutti coloro che, a qualunque titolo, hanno qualcosa a che fare con un'attività oggetto di intervento (utenti, familiari, politici e amministratori pubblici, privato sociale di settore, organizzazioni di volontariato e di categoria, popolazione in generale: dall'inglese *Holder of a stake* = detentore di una posta in gioco). Possono essere individui, gruppi o organizzazioni; i beneficiari, p.es., sono uno specifico gruppo di stakeholder. In italiano potrebbe essere tradotto con "Detentori di interessi" o, in altri termini, clienti diretti e indiretti, interni ed esterni, del servizio.

Sulla base dell'analisi dei bisogni andranno individuate le strategie più adatte per realizzare gli obiettivi strategici e allocare le risorse necessarie. La strategia è la soluzione o l'insieme di attività tra loro coordinate che possono essere applicate a un dato problema o ad un gruppo di problemi, al fine di risolverlo, dove per problema si intende un evento, una condizione o una situazione non soddisfacente per cui si ritiene esistano soluzioni alternative. Un obiettivo strategico può essere raggiunto attraverso l'attivazione concomitante o alternativa di strategie di intervento diverse; l'individuazione di un'ampia gamma di possibili strategie applicabili ad un obiettivo strategico va fatta con il massimo di creatività e progettualità. Particolarmente utile può risultare al riguardo lo strumento del "brainstorming": la finalità è quella di pervenire ad un elenco il più completo possibile di tutte le potenziali azioni che possono portare un qualche contributo al perseguimento dell'obiettivo strategico. La fase successiva consisterà nell'analisi delle singole strategie individuate al fine di scegliere quella o quelle più idonee al perseguimento dell'obiettivo e compatibili con la disponibilità e/o attivabilità di risorse con la ragionevole possibilità di superare ostacoli.

Le componenti fondamentali di una strategia sono:

- il bisogno o problema al quale è orientata e i risultati attesi;
- il tipo di azione o di azioni da intraprendere;
- i destinatari delle attività (tipologia e dimensioni);
- le risorse implicate.

Tab.8: Schema per la programmazione operativa

FASI	DESCRIZIONE
<i>ANALISI DEL PROBLEMA</i>	Qual è il problema? Per chi è un problema? Perché è un problema? Quali sono le sue caratteristiche? Quante persone manifestano il problema? Quanti nuovi casi si presentano e con quale frequenza (prevalenza/incidenza)? Qual è la causa del problema? Come lo si può risolvere? Qual è la soluzione più adeguata? Quale sarà lo sviluppo del problema se non si interviene? Quale sono gli obiettivi dell'intervento? Su quali dati basiamo le nostre opinioni?
<i>I RISULTATI ATTESI</i>	Descriviamo i risultati attesi, esprimendoli in termini di cambiamento di atteggiamenti, comportamenti, livello di conoscenze, di abilità.
<i>AMBITO DI INTERVENTO</i>	Promozione della qualità della vita, prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale, aggancio della popolazione a rischio o che usa sostanze, trattamento, inserimento sociale e/o lavorativo, ecc.
<i>STRATEGIE DI INTERVENTO</i>	Unità di strada, campagna informativa, formazione di operatori grezzi (figure del territorio), progetti di prevenzione in ambienti aggregativi (caserma, scuola, famiglie,...), inserimento in cooperative, rapporti con imprese, inserimento in percorsi scolastici, inserimento in percorsi formazione-lavoro, trattamento psico-sociale residenziale, trattamento farmacologico residenziale, trattamento integrato residenziale, trattamento psico-sociale non residenziale, trattamento farmacologico non residenziale, trattamento integrato non residenziale, ecc.
<i>DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO</i>	Descriviamo in modo analitico l'intervento indicando: ○ le fasi in cui si articola; ○ le attività previste da ciascuna fase; ○ la durata delle singole fasi; ○ la durata complessiva dell'intervento;

	○ le modalità di contatto dell'utenza; ○ i criteri e metodi di valutazione, specificando in particolare le modalità di raccolta delle informazioni, i tempi di raccolta, gli strumenti ed indicatori di valutazione previsti.
<i>I DESTINATARI DELL'INTERVENTO</i>	Qual è la popolazione a cui si rivolge l'intervento? Sesso; Età; Caratteristiche identificative (studenti, giovani di gruppi informali, giovani di gruppi formali, nuclei familiari, ex-tossico/alcolodipendenti con problemi lavorativi, tossico/alcolodipendenti con figli minorenni, altro: specificare); Numero previsto di destinatari dell'intervento; Area territoriale in cui verrà realizzato l'intervento. Perché questo specifico gruppo-bersaglio? Come prevediamo di contattare e motivare il gruppo-bersaglio? Come assicurarsi che le persone contattate aderiscano all'intervento?
<i>LE RISORSE</i>	Risorse umane: personale interno e personale esterno; N° operatori - Totale ore mensili/annuali dedicate, distinti per figura professionale risorse materiali: materiale informativo cartaceo, attrezzatura informatica, videocamera, pulmini, farmaci, siringhe, scambia-siringhe, altro (specificare).
<i>I COSTI</i>	Costo complessivo e costo per l'anno di riferimento, ripartiti per campo d'intervento ed unità di costo: personale interno coinvolto nel progetto, personale esterno coinvolto nel progetto, beni immobili (acquisto, affitto, restauro), beni mobili, materiali, beni di consumo (telefono, carta, trasferte,...), altro (specificare).

In questa fase vanno riprese e specificate le scelte effettuate in sede della pianificazione strategica: l'obiettivo strategico va scomposto in obiettivi specifici; la strategia deve essere articolata in attività elementari da ordinare in sequenza e nel tempo. Ciascun obiettivo strategico andrà articolato in una serie di obiettivi specifici, che corrispondono ad una articolazione dell'obiettivo strategico in categorie analitiche che si possono ricondurre a singole azioni. Gli obiettivi specifici sostengono gli obiettivi strategici. Gli obiettivi specifici sono sempre espressi in termini comportamentali. Le attività elementari devono essere analitiche, concrete e fattibili, coerenti con le strategie di cui sono una articolazione, compatibili con le risorse disponibili e i tempi previsti per il raggiungimento degli obiettivi specifici e, soprattutto, atte a perseguire i singoli obiettivi specifici. Di seguito vengono riportati due esempi di obiettivi specifici, il primo in ambito clinico-ambulatoriale e il secondo in ambito di comunità locale.

Tab.9: Esempio di Obiettivi Specifici in ambito Clinico-Ambulatoriale

OBIETTIVI
☐ incrementare il contatto precoce degli utenti con il servizio; ☐ evitare l'abbandono dei trattamenti; ☐ reinserire precocemente in trattamento in caso di recidiva; ☐ eseguire valutazioni multidimensionali e relativi follow-up; ☐ pianificare l'intervento in équipe; ☐ prevenire l'insorgenza di patologie correlate (HIV, HBC, HCV, TBC, MTS, overdose, patologie psichiatriche); ☐ curare le patologie correlate; ☐ incentivare l'inserimento e il mantenimento di attività lavorativa e di condizione abitativa dignitosa; ☐ incentivare l'abbandono di attività criminale e/o prostituzione; ☐ incentivare la stabilità familiare; ☐ ridurre la possibilità di carcerazione e aumentare la commutazione di pena verso misure alternative alla detenzione; ☐ incentivare il grado di autonomia, consapevolezza e lo sviluppo psicologico positivo; ☐ prevenire le recidive; ☐ provvedere all'espletamento delle pratiche generate dai rapporti con enti e istituzioni varie;



Tab.10: Esempio di Obiettivi Specifici in ambito di comunità

OBIETTIVI
In sede di predisposizione dei Piani di Zona da parte dell'ULSS e di comuni, il Servizio contribuisce a promuovere: ☐ iniziative di informazione e di educazione; ☐ il coinvolgimento della scuola e di altre amministrazioni pubbliche; ☐ il coinvolgimento delle famiglie, del volontariato, dell'associazionismo sociale; ☐ la presenza di operatori e volontari nelle sedi di aggregazione giovanile; ☐ la programmazione e valutazione partecipata dell'efficacia dei programmi per la prevenzione e il contrasto delle dipendenze; ☐ iniziative facilitanti l'occupazione lavorativa; ☐ iniziative di accoglienza e di accompagnamento di persone con problemi di dipendenza; ☐ la collaborazione con l'amministrazione penitenziaria per facilitare il reinserimento sociale di persone con problemi di dipendenza.

Per esprimere in maniera concreta l'analisi dei bisogni è necessario ricorrere a indicatori di vario tipo, ossia di espressioni empiriche (concretamente osservabili) di una variabile o di un aspetto di una variabile del modello di riferimento. Gli indicatori sono prevalentemente espressi in forma quantitativa, ma possono anche presentarsi in forma descrittiva quando gli aspetti qualitativi sono prevalenti. Possono anche essere organizzati in serie territoriali e temporali, favorendo così confronti utili a fini analitici e/o decisionali. Per la costruzione di indicatori quantitativi sarà necessario far ricorso all'ampia gamma di metodi e tecniche della statistica.

Il criterio da seguire per la scelta del sistema di indicatori da utilizzare in concreto deve essere quello della strumentalità informativa rispetto alle decisioni da assumere. L'elaborazione di sistemi molto analitici e sofisticati spesso non corrisponde alle reali esigenze informative di chi deve poi effettuare le scelte, i quali finiscono per impiegare criteri decisionali a basso contenuto informativo-statistico. In altri termini, gli indicatori devono essere degli "informatori", cioè "energie" che spingono i soggetti di governo a decidere in un certo modo.

Di seguito vengono riportati a titolo di esempio una serie di indicatori di verifica, distinti tra indicatori di output (prodotto) e di outcome (risultato), riformulati sulla base degli indicatori fissati per i progetti del Fondo lotta alla droga².

Tab.11: Esempi di indicatori di verifica

OBIETTIVO	INDICATORE DI OUTPUT (PRODOTTO)	INDICATORE DI OUTCOME (RISULTATO)
Prevenzione dei comportamenti a rischio (durante il tempo libero, nella scuola, nel mondo del lavoro)	n. soggetti coinvolti/n. popolazione target	livelli di conoscenza e atteggiamento su sostanze e comportamenti a rischio
Interventi di pronta accoglienza	n. contatti n. casi presi in carico	n. casi presi in carico/n. utenti Servizio n. casi presi in carico/n. casi contatti in strada
Presa in carico di persone tossico/alcolodipendenti	n. persone prese in carico n. giornate di assistenza	qualità della vita delle persone prese in carico

² Per un approfondimento si veda la D.G.R. 3 agosto 1999, n. 2896, Gestione della quota assegnata alla Regione Veneto del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari statali 1997-8-9)

Trattamenti terapeutico- riabilitativi	n. casi presi in carico n. giornate di assistenza	grado di compensazione dei casi trattati
Contenimento delle patologie correlate all'uso di droghe	n. casi presi in carico	incidenza delle patologie correlate livello di conoscenza e percezione del rischio livello di abilità preventiva
Reinserimento lavorativo di tossicodipendenti	n. utenti presi in carico n. giornate di assistenza	n. utenti collocati al lavoro tasso di ritenuta sul lavoro a sei mesi
Prevenzione delle ricadute	n. casi presi in carico	incidenza delle ricadute livello di conoscenza e percezione del rischio livello di abilità preventiva

Individuate e classificate le attività elementari da svolgere per raggiungere gli obiettivi specifici, è necessario passare al loro ordinamento logico-temporale: utile al riguardo potrà essere l'utilizzo del diagramma di Gantt, una tecnica che consente di rappresentare la sequenza temporalizzata delle attività e di prevedere il tempo necessario alla loro realizzazione. Di seguito riportiamo un esempio di applicazione del diagramma di Gantt per rappresentare temporalmente il planner delle attività del servizio.

Per concludere questa sezione, riportiamo una scheda che propone una serie di azioni specifiche da prendere in considerazione in sede di programmazione operativa delle attività del servizio, elaborata riformulando le indicazioni contenute nel provvedimento regionale di applicazione delle politiche regionali per una società libera dalle droghe³.

Tab.12: Il Planner delle attività

AREA DI INTERVENTO	ATTIVITÀ	PLANNER											
		gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic

³ D.G.R. 26 ottobre 2001, Applicazione della D.G.R. n. 3701 del 24 novembre 2000, Approvazione del documento per la III Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze di Genova (28-30 novembre 2000)



Tab.13: Proposte di Azioni Specifiche in linea con le Politiche Regionali

AREA DI INTERVENTO	AZIONI SPECIFICHE
PREVENZIONE PRIMARIA	☐ Attivazione di programmi specifici per allievi delle Scuole elementari e medie inferiori mediante linee guida e specifici materiali per gli insegnanti. ☐ Potenziamento dei CIC con forte riorientamento sulla prevenzione delle tossicodipendenze. ☐ Campagna informativa per giovani e studenti. ☐ Coinvolgimento delle associazioni sportive "di base", le palestre e gli opinion leader, con campagne informative specifiche e corsi di formazione per allenatori e preparatori atletici sui danni da sostanze dopanti. ☐ Predisposizione e diffusione di materiali specifici per le parrocchie da coinvolgere tramite le curie vescovili. ☐ Diffusione nelle autoscuole del programma (già disponibile) per prevenire la guida in stato di ebbrezza. ☐ Predisposizione e diffusione di materiali specifici per le Aziende da coinvolgere tramite le associazioni Industriali e le organizzazioni sindacali. ☐ Recepimento formale delle politiche regionali (es. dichiarazione etica) con delibere comunali e aziendali. ☐ Campagna informativa murale e negli ambienti di frequentazione giovanile con la collaborazione delle amministrazioni comunali. ☐ Predisposizione di specifici programmi informativi da diffondere tra le tifoserie degli stadi. ☐ Siglare appositi protocolli di intesa locali con i locali di divertimento giovanile (es. discoteche) per migliorare le condizioni di sicurezza e la qualità ambientale e per la diffusione di materiali informativi e spot musicali. ☐ Coinvolgimento delle farmacie nelle campagne di prevenzione con distribuzione di materiali informativi. ☐ Coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nelle campagne di prevenzione con distribuzione di materiali informativi. ☐ Attivazione di programmi per l'identificazione precoce degli individui vulnerabili all'addiction.
CURA E PREVENZIONE SECONDARIA	☐ Incentivare l'attivazione di Centri di pronta Accoglienza. ☐ Attivare l'utilizzo di Unità Mobili per il contatto precoce sul territorio dei tossicodipendenti non ancora in cura. ☐ Individuare interventi specifici per la prevenzione delle ricadute. ☐ Mettere a punto linee guida per la standardizzazione dei principali processi assistenziali al fine di rendere equanime ed omogenee le offerte terapeutiche. ☐ attivare specifici training per l'acquisizione di abilità preventive per la prevenzione delle infezioni e il primo soccorso dell'overdose. ☐ Consolidare la rete alcologia locale con un maggior coinvolgimento delle associazioni del volontariato.
RIABILITAZIONE E REINSERIMENTO SOCIO-LAVORATIVO	☐ Incentivare programmi che prevedano un reinserimento socio-lavorativo concreto e reale mediante specifici programmi di formazione lavorativa. ☐ Incentivare l'attivazione di attività formative di Telelavoro. ☐ Attivare progetti per la realizzazione di cooperative sociali autofinanziate per il reinserimento lavorativo degli ex-tossicodipendenti.

<i>FORMAZIONE</i>	☐ Rinforzare la professionalizzazione degli operatori delle dipendenze mediante la partecipazione al Piano di Formazione Regionale (PFT). ☐ Attivare momenti di formazione per il volontariato e il supporto delle nuove iniziative. ☐ Implementare le attività congressuali e i convegni con partecipazione allargata.
<i>ORGANIZZAZIONE</i>	☐ Potenziamento dei Dipartimenti per le dipendenze enfatizzando la “pari dignità” tra privato sociale accreditato e pubblico. ☐ Attivazione di specifiche Unità Operative autonome per l'assistenza ai tossicodipendenti interne alle carceri. ☐ Partecipazione al nuovo sistema di accreditamento e di qualità per i Ser.T e le Comunità terapeutiche. ☐ Attivazione di un sistema permanente per la registrazione e valutazione delle prestazioni erogate (sia in ambito preventivo che assistenziale) mediante piattaforma MFP e comparazione con Delta System (Dronet).
<i>INNOVAZIONE</i>	☐ Collegamento alla rete unificata per le dipendenze. ☐ Mantenimento ed aggiornamento del Sito web regionale (Dronet). ☐ Adozione della piattaforma multifunzionale regionale (MFP). ☐ Adesione al progetto regionale per la stima della prevalenza e dell'incidenza (bisogni) di assuntori delle diverse sostanze.

IL PROGRAMMA DEL SERVIZIO

Una volta completato il processo di programmazione delle attività del servizio, che avrà coinvolto tutti gli operatori per un periodo di alcune settimane, sarà necessario tradurlo in un documento unitario di lavoro, che fornirà una guida fondamentale per gli operatori nella programmazione delle loro attività specifiche, nonché una presentazione dettagliata del servizio verso i diversi interlocutori esterni. A tal fine, si propone uno schema che può guidarci nella stesura del Programma del servizio.

La programmazione delle attività del servizio richiede la predisposizione e la divulgazione di documenti scritti di vario tipo. Si ritiene pertanto opportuno concludere questa sezione con qualche suggerimento utile per scrivere report e relazioni.

**Tab. 14: Schema per la Stesura del Programma di Servizio**

SCHEMA PER LA STESURA DEL PROGRAMMA DI SERVIZIO	
☐	Il Piano strategico: – La Vision; – La Mission; – Il Sistema dei Valori e i Principi etici; – Gli Obiettivi Strategici; – Le Strategie; – Gli Obiettivi specifici e gli Indicatori di Verifica.
☐	Analisi del contesto: – L'evoluzione locale del fenomeno; – I bisogni emergenti; – Analisi socio-demografica degli utenti del servizio; – La normativa di riferimento.
☐	Le funzioni e i compiti specifici del servizio, articolati per settori omogenei: – Prevenzione (primaria e secondaria); – Trattamento (cura e riabilitazione; residenziale, diurno e ambulatoriale); – Reinserimento socio-lavorativo; – Ricerca e sperimentazione; – Formazione e aggiornamento; – Promozione e marketing sociale.
☐	L'organizzazione del Servizio per unità operative e competenze relative (organigramma).
☐	La modalità organizzativa individuata, specificando le componenti del sistema organizzativo, nonché i processi e gli strumenti operativi adottati.
☐	Le collaborazioni con altri servizi interni ed esterni all'organizzazione, in atto e/o necessarie per l'espletamento delle funzioni del servizio, distinte per livello intra-aziendale, locale, provinciale, regionale, ecc.
☐	Analisi delle attività e dei progetti in corso, specificando: – ambito di intervento; – obiettivi specifici; – attività previste; – destinatari; – data di avvio (previsto ed effettivo); – durata; – provvedimenti e impegni di spesa; – costo totale e speso ad oggi; – stato di avanzamento.
☐	Le risorse del servizio, distinguendo tra: – personale; – locali; – materiali e attrezzature.
☐	Analisi del budget del servizio, in termini economici e di risorse umane e strumentali a disposizione, distinto per fattori produttivi (personale, beni, servizi, ecc.) e per ambito di intervento (prevenzione, diagnosi e cura, inserimento in comunità terapeutica, ecc.), confrontando il consuntivo precedente, il preventivo dell'anno in corso e l'ultimo aggiornamento, specificandone la data.
☐	Il Planner delle attività del servizio per l'anno in corso e relativo stato di avanzamento.

Tab. 15: Suggerimenti utili per scrivere report e relazioni

SUGGERIMENTI UTILI	
–	Scrivere aiuta a chiarire le proprie idee: non sappiamo veramente cosa pensiamo finché non lo mettiamo "nero su bianco".
–	Scrivere regolarmente aiuta a migliorare, e anche a velocizzare, le proprie abilità di scrittura: come in tanti altri casi, l'esercizio aiuta a migliorare le prestazioni.
–	Le scadenze possono essere utili: possono darci l'energia e la concentrazione necessarie per scrivere. Tuttavia, pianifichiamo per tempo il lavoro: fissiamo un programma di lavoro, tenendo conto sia degli imprevisti che del tempo necessario per rivedere il rapporto. Il risultato sarà migliore se viene finito per tempo, lo si lascia da parte per qualche giorno e, quindi, lo si rivede per la versione finale.
–	Limitiamo la lunghezza del report: migliora lo stile, elimina le ripetizioni e aumenta l'enfasi e l'impatto del nostro lavoro.
–	Facciamo revisionare il nostro lavoro da qualche collega esperto: ricordiamo il contributo fondamentale che può derivare dalle osservazioni critiche.
–	Utilizziamo citazioni per dare autorevolezza alle nostre argomentazioni, ma soltanto se disponibili, chiaramente attinenti ed esemplificative del tema trattato. Evitiamo invece le citazioni troppo lunghe e articolate, in quanto possono interrompere e confondere il flusso del nostro discorso.
–	Inseriamo qualche nota di colore o umoristica: aiuterà rendere il nostro lavoro più piacevole da leggere.
–	Lasciamo la prima stesura da parte per qualche giorno: la soluzione di molti problemi diventa spesso ovvia se li si mette temporaneamente tra parentesi.
–	Alcune fasi dello scrivere possono essere inefficaci e confusionarie: accettare l'imperfezione della prima stesura è talvolta una libertà fondamentale per ottenere un buon risultato.
–	Scrivere conta: riflette la nostra personalità e il nostro stile, evidenzia il nostro standard professionale e conta come qualsiasi altro risultato professionale.

BIBLIOGRAFIA

- Kahn A.J. (1974), *Teoria e pratica della pianificazione sociale*, Padova, Fondazione Zancan
- Accordo Stato-Regione 21 gennaio 1999 – Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti
- Accordo Stato-Regioni 5 agosto 1999 – Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso
- Ackoff Russell L. (1993), *La programmazione aziendale: principi, metodi, tecniche, obiettivi*, Milano, FrancoAngeli
- Cascioli S. (2000), *La gestione manageriale della sanità. Gli strumenti a supporto del processo di programmazione, organizzazione, realizzazione e controllo*, Milano, FrancoAngeli
- D.P.C.M. 10 settembre 1999 - Atto di indirizzo e coordinamento recante criteri generali per la valutazione e il finanziamento di progetti, ai sensi dell'art. 27 del D.P.R. 309/90, come sostituito dall'art. 1, c. 2 della L. 45/99
- Fox W.M. (1981), *Manuale del dirigente. Sistemi, metodi e tecniche di programmazione, organizzazione e controllo aziendale*, Milano, FrancoAngeli
- Kahn A.J. (1974), *Teoria e pratica della pianificazione sociale*, Padova, Fondazione Zancan
- Keenan K. (1997), *Pianificare*, Legnano (MI), Edicart
- Keenan K. (1997), *Pianificare*, Legnano (MI), Edicart
- Legge 30 marzo 2001, n. 125 – Legge quadro in materia di alcol e di problemi alcolcorrelati
- Uris A. (1995), *101 tra le più grandi idee di management*, Milano, FrancoAngeli
- Uris A. (1995), *101 tra le più grandi idee di management*, Milano, FrancoAngeli
- Venanzoni G. (1989), *La programmazione dei servizi sanitari*, Milano, FrancoAngeli
- Zanetti M. e coll. (1996), *Il medico e il management*, Genova
- Zanetti M. e coll. (1996), *Il medico e il management*, Genova
- I provvedimenti regionali più significativi:**
- D.G.R. 28 gennaio 1997, n. 246, Criteri e modalità per l'iscrizione delle comunità Terapeutiche per tossicodipendenti all'Albo di cui all'art. 8 della L.R. 3.02.1996 n. 5
- D.G.R. 27 ottobre 1998, n. 3877, Dichiarazione etica della Regione Veneto contro l'uso non terapeutico di sostanze



stupefacenti e psicoattive: principi, obiettivi strategici ed indicazioni di programmazione.

D.G.R. 22 giugno 1999, n. 2217, Dipartimento per le Dipendenze: indicazioni e linee tecniche per l'istituzione

D.G.R. 3 agosto 1999, n. 2896, Gestione della quota assegnata alla Regione Veneto del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari statali 1997-8-9)

D.G.R. 11 aprile 2000, n. 1588, Linee guida per la prevenzione e il trattamento dell'overdose da eroina e degli effetti acuti dell'ecstasy

D.G.R. 24 novembre 2000, n. 3701, Approvazione del documento per la III Conferenza nazionale sulle tossicodipendenze di Genova (28-30 novembre 2000)

D.G.R. 26 ottobre 2001, Applicazione della D.G.R. n. 3701 del 24 novembre 2000

Provvedimenti regionali in preparazione:

Modello di gestione del Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga (esercizi finanziari statali 2000-2002)

Revisione della L.R. 42/82 all'interno del Testo Organico per le politiche sociali

Sezione tossicodipendenze all'interno del Piano sociale regionale

Sistema di accreditamento dei servizi (pubblici e privati) per le dipendenze



LA DEFINIZIONE E LA RAPPRESENTAZIONE DEI PROCESSI: PRINCIPI DI BUSINESS PROCESS REENGINEERING (BPR)

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Elisabetta Simeoni ²⁾, Maurizio Gomma ¹⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE: ORGANIZZAZIONI SANITARIE E PROCESSI

Definire e formalizzare i processi assistenziali risulta un importante passaggio per tutte le organizzazioni eroganti servizi alla persona. Oltre ad essere una azione che permette un maggior controllo delle proprie attività ed un miglioramento delle prassi cliniche è senz'altro anche un atto di dovuta trasparenza sia nei confronti dei clienti che della comunità. Nella fase di analisi dei propri processi e di formalizzazione in algoritmi o in matrici operative, lo staff approfondirà aspetti spesso dati per scontati scoprendo quanto invece essi siano fortemente disomogenei o poco definiti. La definizione ed ottimizzazione dei processi produttivi è uno dei principali meccanismi di coordinamento aziendale che passa attraverso la standardizzazione delle procedure, ottenendo così un migliore allineamento non solo delle modalità operative ma, quel che più conta, della cultura tecnico scientifica ed organizzativa che sta alla base di un coerente ed ottimale funzionamento delle organizzazioni come ad esempio un dipartimento delle dipendenze.

Per avere livelli superiori di efficienza e di efficacia, oltre agli strumenti di gestione tradizionali (budget, sistemi di contabilità analitica per centri di costo), alcune aziende stanno introducendo strumenti innovativi (TQM, process reengineering, activity based costing e management) che focalizzano la loro attenzione sul paziente, sui processi e sulle attività svolte dalle unità operative (Lega e Motta, 2000). Preme inoltre sottolineare che l'approccio di process reengineering che viene trattato in questo capitolo non è l'unico approccio esistente da applicarsi ai processi.

Molti sono i fattori intervenuti nella pubblica amministrazione che hanno fatto mutare gli originari quadri di riferimento ed hanno consentito lo sviluppo di situazioni nuove rendendo fertile lo sviluppo di tecniche innovative prese a prestito dal mondo imprenditoriale privato. Sinteticamente nella tabella successiva vengono rappresentati gli elementi che hanno contribuito allo sviluppo di questo cambiamento (Pintus 1998).

Tab. 1: Fattori critici del process reengineering nella pubblica amministrazione

FATTORI CRITICI	QUADRO DI RIFERIMENTO PASSATO	QUADRO DI RIFERIMENTO ATTUALE
<i>Panorama legislativo</i>	Panorama legislativo rigido incentivante i comportamenti "burocratici"	Quadro legislativo innovativo ispirato a logiche aziendali di definizione degli spazi d'azione dell'ente. Definizione degli obiettivi aziendali
<i>Assetti istituzionali</i>	Modelli di assetti istituzionali vincolanti	Modelli di assetti istituzionali che vanno verso forme di autonomia
<i>Meccanismi operativi</i>	Costruzione di meccanismi operativi che focalizzano la loro attenzione alla legittimità formale dell'atto, controllo ex-post dell'attività	Costruzione di meccanismi operativi che focalizzano la loro attenzione alla motivazioni sostanziali dell'agire dei dipendenti pubblici e sul controllo gestionale delle attività
<i>Cultura dell'organizzazione</i>	Cultura che premia i comportamenti attenti ai principi dei modelli delle burocrazie professionali	Cultura che sviluppa principi manageriali

E. Pintus 1998 modificato Simeoni 2001

L'opera di studio e ridefinizione dei processi può trarre vantaggio dall'utilizzo di una tecnica ben conosciuta nelle aziende, il "business process reengineering". In prima battuta potremmo affermare che il process reengineering è uno strumento che utilizza il processo, inteso quale insieme di attività tra loro interconnesse volte al raggiungimento di un obiettivo, come la dimensione di osservazione e gestione rilevante all'interno dell'azienda.

L'utilizzo di tecniche di process reengineering può riguardare sia i processi primari (diagnostici e terapeutici) sia i processi di supporto (amministrativi e logistici) (Lega e Motta, 2000).

Il formalizzare i propri processi, corredandoli dei protocolli e delle linee guida di riferimento, soddisfa due importanti esigenze: la prima quella della "Good Clinical Practice" e la seconda quella del "Total Quality Management", che centra la sua attenzione soprattutto sul cliente, sui risultati in termini di salute aggiunta e patologia evitata, avendo la piena consapevolezza che tali risultati si possono ottenere se si controllano e si migliorano i processi che li producono. Risulta chiaro che i principali processi da tenere in considerazione sono di due ordini: quelli per la produzione delle prestazioni sanitarie e quelli necessari per il mantenimento ed il funzionamento della struttura aziendale o delle unità organizzative/operative (U.O.). Nel primo caso ci troveremo di fronte a processi dove il cliente è esterno (il paziente, le organizzazioni richiedenti prestazioni tecnicosanitarie ecc.), nel secondo caso invece il cliente è prevalentemente interno (reparti, servizi ecc.), anche se le due categorie non sono sempre così ben distinguibili.

La tabella e la figura successiva spiegano ulteriormente questi concetti.

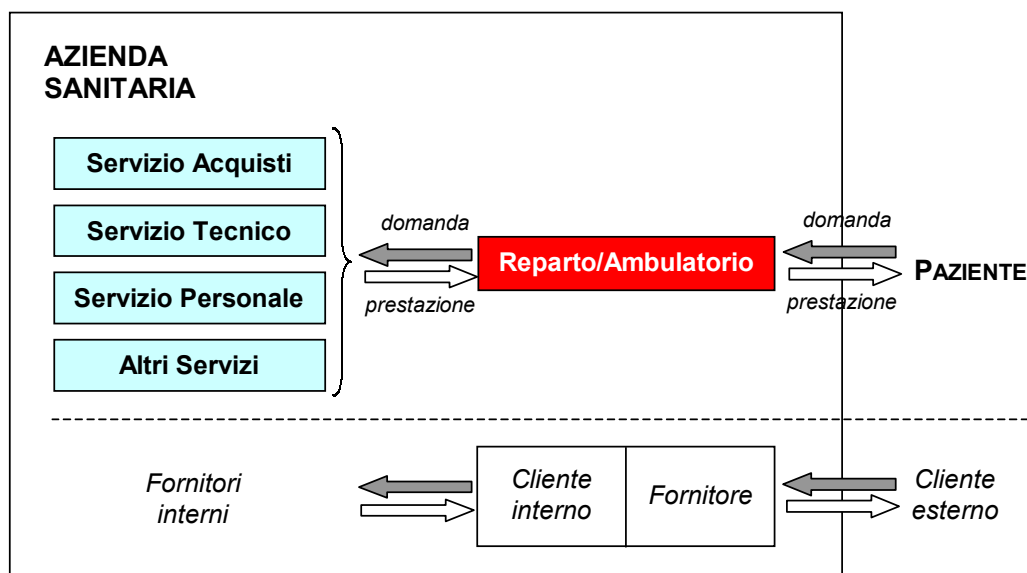


Tab. 2: Macrocategorie e tipologie principali dei processi aziendali

MACROCATEGORIE	SPECIFICHE	TIPOLOGIE	U.O. INTERESSATE	TIPOLOGIA DEL CLIENTE
PRC sanitari (primari)	PRC per la produzione e l'erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e cioè il "core" della prestazione, ma anche le condizioni di cessione e di immagine e cioè i "peripherals" della prestazione	PRC diagnostici, terapeutici e riabilitativi specifici per patologia/PMC* PRC per l'accoglienza, l'orientamento, il management e la dimissione del paziente, ecc.	Nucleo produttivo primario (operativo): reparti di degenza, servizi diagnostici (laboratorio, radiologia ecc.) unità ambulatoriali, servizi territoriali, front office (CUP, accoglienza ecc.)	Esterno
PRC amministrativo gestionali (di supporto)	PRC per la produzione delle attività amministrative, gestionali, tecnico/manutentive e quant'altro sia necessario per garantire il funzionamento degli apparati di gestione e il supporto alle attività di direzione e coordinamento ecc.	PRC di acquisto ed acquisizione di risorse umane, di produzione degli atti deliberativi, di acquisizione dati e reporting, di contabilizzazione e controllo della spesa, ecc.	Back office, uffici di staff, tecnostruttura, linea intermedia, servizio economico finanziario, servizio tecnico, direzioni	Interno

* PMC: patient management categories

Fig. 1: Esempificazione della tipologia del cliente



L'uso della logica per processi come strumento di sviluppo organizzativo negli enti

pubblici trae origine dall'applicazione di una metodologia manageriale denominata Business Process Reengineering - BPR. Tale metodologia ha trovato diffusione, soprattutto nel mondo anglosassone all'inizio degli anni 90 nel settore delle imprese private. È di quegli anni una delle prime definizioni di process reengineering ed è stata elaborata da Hammer in un articolo comparso sulla Harvard Business Review. In tale definizione l'autore definisce questa tecnica come "il ripensamento sostanziale ed il ridisegno radicale dei processi aziendali al fine di ottenere risultati rilevanti in termini di miglioramento della qualità e dei servizi all'utente e di incrementi nella produttività (riduzione dei costi a fronte di un aumento dei volumi di prestazioni erogate)" (Lega e Motta, 2000). Successivamente, intorno metà anni novanta, alcune applicazioni di tale approccio hanno cominciato a riscontrarsi anche presso la mezza di pubblica nel settore sanitario.

Il BPR è a un approccio manageriale per la gestione del cambiamento organizzativo basato sulla logica per processi.

Nel BPR, come avremo modo di approfondire, il processo deve essere fortemente orientato al cliente, nel senso che un processo è definito e costruito sulla base delle esigenze dell'utente fruitore della prestazione (Ongaro 2001).

Le fasi più importanti per l'introduzione di questo sistema di reingegnerizzazione dei processi possono essere così catalogate:

1. La creazione di gruppi di lavoro (uno o più) che opportunamente addestrati seguano la fase di avviamento e di sviluppo di questa nuova tecnica
2. Individuazione dei bisogni dell'utenza, per la definizione degli obiettivi che si intendono raggiungere attraverso questo progetto
3. La classificazione dei processi e la individuazione nelle principali fasi del percorso del paziente delle singole attività (pre-ammissione, accesso, diagnosi, preparazione al trattamento... dimissione, follow up etc.)
4. La categorizzazione delle singole attività sulla base delle seguenti categorie
 - a. a valore aggiunto per l'utente
 - b. a valore aggiunto per l'azienda
 - c. prive di valore aggiunto
5. La reingegnerizzazione del processo. Tale fase molto importante, deve essere realizzata con azioni migliorative che vanno ad agire sulle modalità di svolgimento delle singole attività, con azioni in grado di eliminare le interfacce per il passaggio delle informazioni e i loop decisionali (circoli viziosi decisionali) ed eliminando i colli di bottiglia e sviluppando processi in parallelo e non in sequenza
6. La ricerca di tecniche che consentano di diminuire i rischi legati alla introduzione di sistemi di process reengineering (ad esempio il Failure Mode and Effect Analysis per diagnosticare le problematiche che possono insorgere nel corso della sperimentazione del nuovo processo). (Lega e Motta, 2000).

L'azienda sociosanitaria basa il suo funzionamento soprattutto sui processi produttivi, considerati come un insieme di "operazioni" semplici e complesse con vari livelli di interdipendenza, che utilizzano risorse e per produrre con output in grado di soddisfare una domanda.



Fig. 2: I processi e l'azienda/organizzazione sanitaria

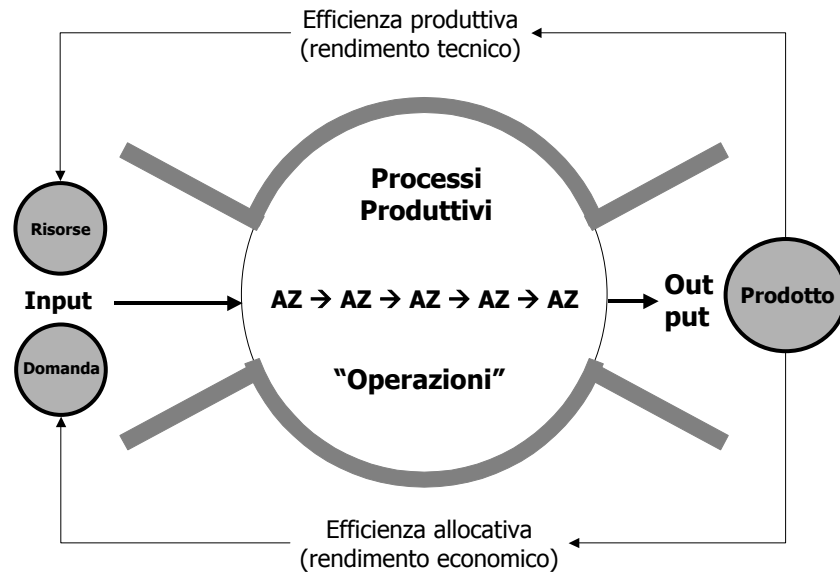
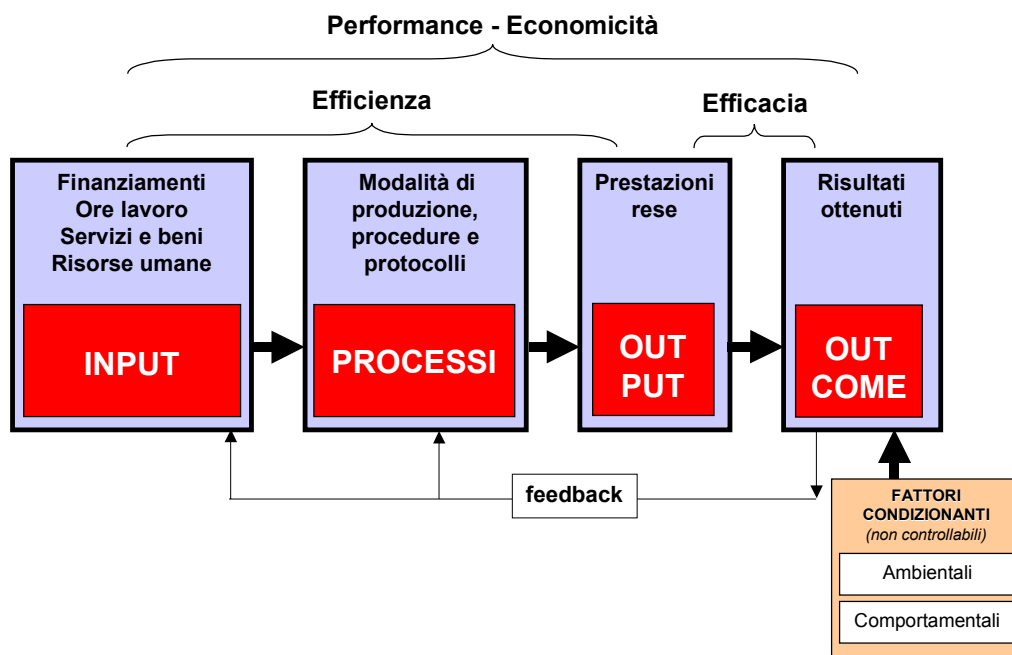


Fig. 3: Il processo produttivo generale

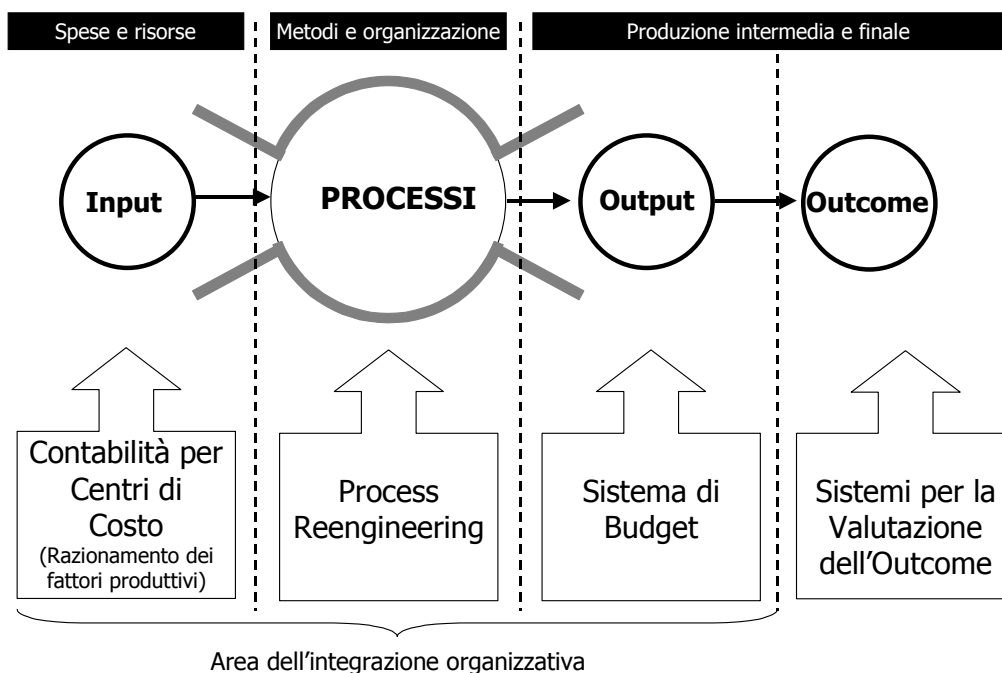


L'applicazione più efficace della logica BPR è l'utilizzo di una lettura per processi del funzionamento di una organizzazione al fine di introdurre un radicale miglioramento delle prestazioni di alcuni processi critici.

Il BPR ha come risultato la formalizzazione dei principali processi utilizzati ed accanto alla descrizione del contenuto di ogni singola attività esso definisce ed identifica i legami fra le varie attività. Queste relazioni organizzative, di diversa intensità, fra le attività vengono definite "interdipendenze" e possono essere in grado di condizionare fortemente l'efficienza e lo sviluppo regolare dei processi.

Una azienda/organizzazione sanitaria ha bisogno di essere costantemente programmata e controllata nelle sue attività. Come ampiamente spiegato in altri articoli di questo libro, a cui si rimanda, il controllo sui metodi e sull'organizzazione passa attraverso il controllo dei processi. Il process reengineering si colloca quindi all'interno di quelle metodologie che si possono adottare nell'area dell'integrazione organizzativa per migliorare anche il coordinamento tra le varie unità organizzative attraverso la standardizzazione dei processi e la cultura tecnico scientifica.

Fig. 4: Organizzazione sanitaria e sistemi di controllo



ALCUNE DEFINIZIONI

Con il termine *processo* si deve intendere la sequenza strutturata di attività/azioni intesa come un insieme coordinato di operazioni omogenee per scopo, per raggiungere un output meglio definito come "prodotto".

Con il termine *prodotto* si intende il risultato di una o più operazioni di cessione di servizi o di acquisto di risorse. Il prodotto è il risultato delle operazioni e può esser definito anche come "combinazione produttiva".

Il "prodotto", per essere definito come tale, deve avere utilità, deve essere in grado di



soddisfare una domanda, deve rappresentare l'oggetto di scambio con il cliente.

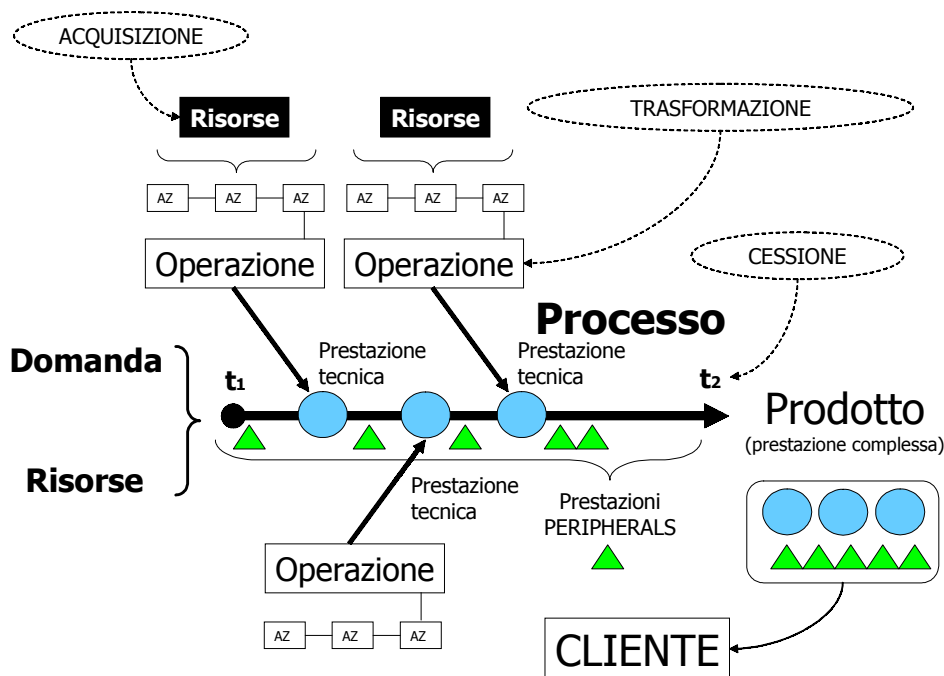
Il prodotto non equivale alla sola "prestazione tecnica", ma vi sono anche altre componenti (peripherals) che sono importanti per il cliente che sono parte del prodotto. Queste componenti vengono definite come "condizioni di cessione delle prestazioni e di immagine dell'organizzazione".

Per una più ampia trattazione si rimanda all'articolo specifico sulle prestazioni.

Con il termine "operazioni" si intendono delle catene di azioni che generano variazioni economiche intese come "aggiunte di valore". Sono le "operazioni" che realizzano i prodotti e che vanno monitorate (e non le singole azioni per realizzarle) attraverso lo studio dei processi.

Le operazioni possono essere di acquisto (o acquisizione) di risorse o di cessione di servizi. L'insieme delle operazioni omogenee si definiscono quindi processi.

Fig. 5: Processo, operazioni e prodotto



Il "Percorso del paziente" (Casati 2000) è il tragitto all'interno dell'azienda/unità organizzativa (fisico e temporale) che il paziente affetto da una data patologia, esegue durante le attività di diagnosi, cura e riabilitazione. Esistono diversi percorsi in base alle diverse patologie da affrontare, che vengono formalizzati in algoritmi corredati da opportuni protocolli, linee guida e quant'altro necessario per definire e standardizzare non solo la sequenza delle azioni, ma anche le singole operazioni tecnico scientifiche quali per esempio le somministrazioni di farmaci, la prefazione di particolari e complessi esami diagnostici. Durante queste attività il paziente viene in contatto con diversi processi che, in base alle esigenze di diagnosi e cura, erogano una serie di prestazioni. Il percorso del paziente non va quindi confuso con i processi. Un approccio innovativo sicuramente molto importante è appunto quello che definisce l'organizzazione sanitaria sulla base dei percorsi dei vari gruppi di pazienti, determinati sulla base delle loro patologie, dell'ambiente di erogazione (servizi di urgenza, ambulatori, reparti di degenza ordinaria o di day hospital).

Fig. 6: Il percorso del paziente

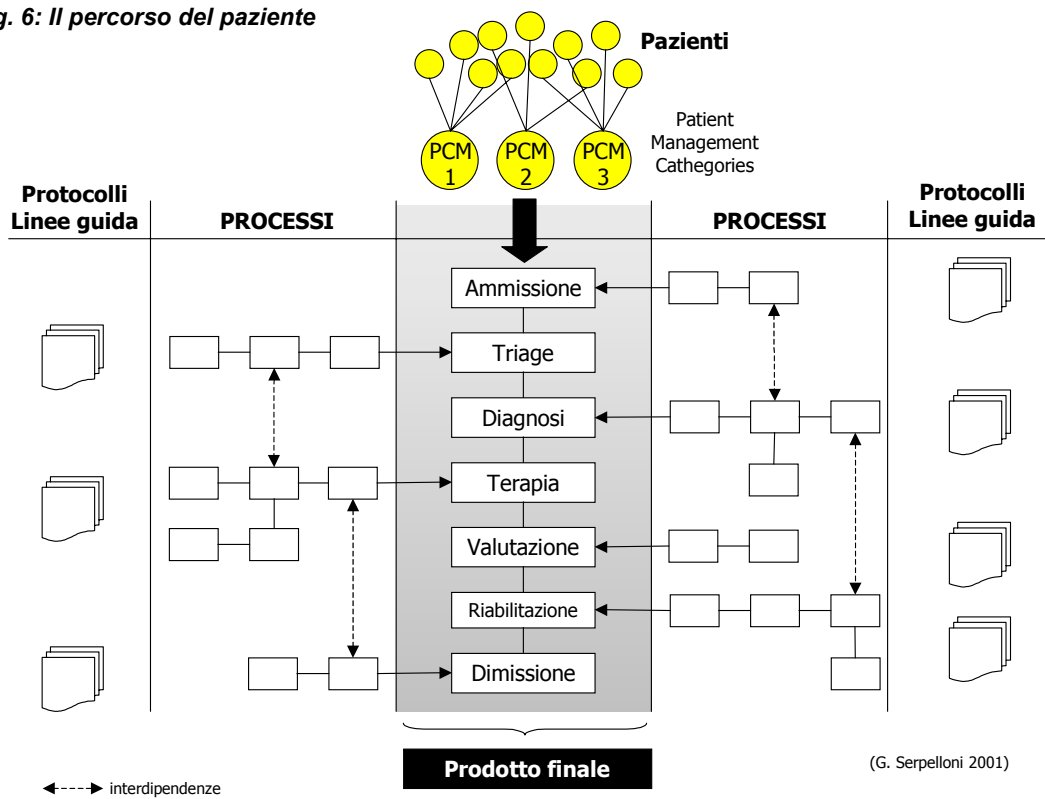


Fig. 7: Diversi percorsi e processi del paziente

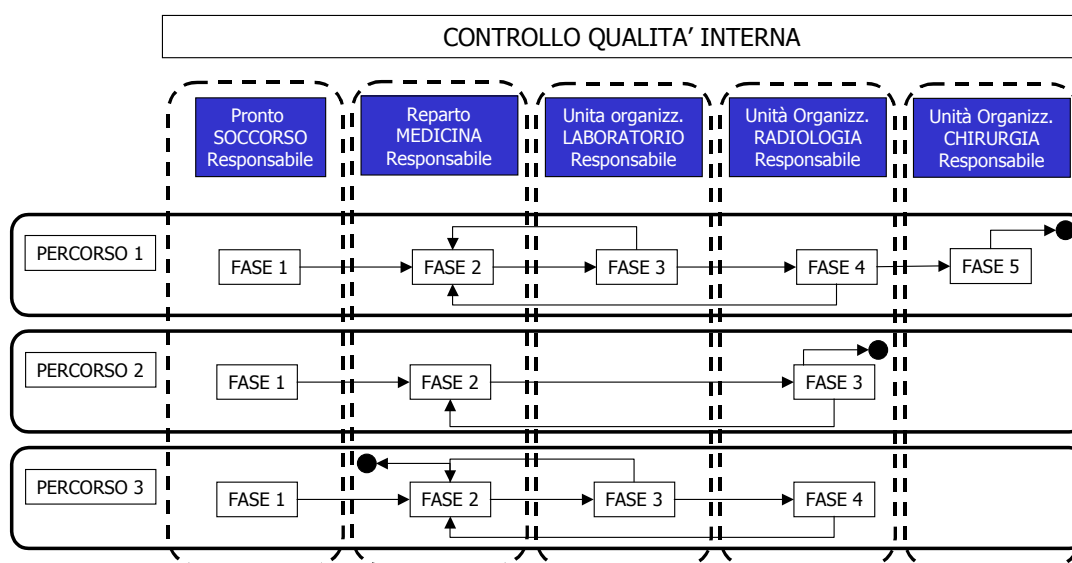
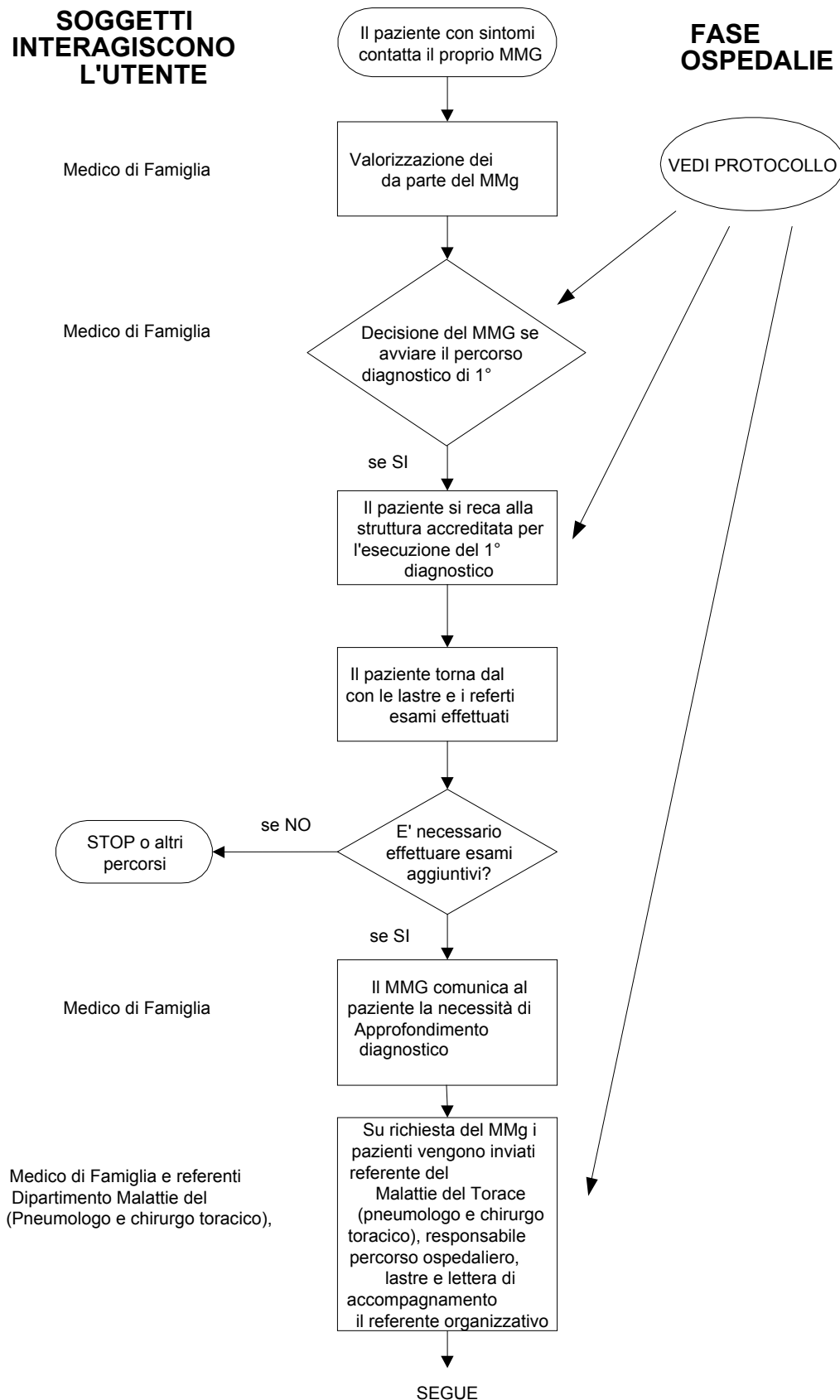
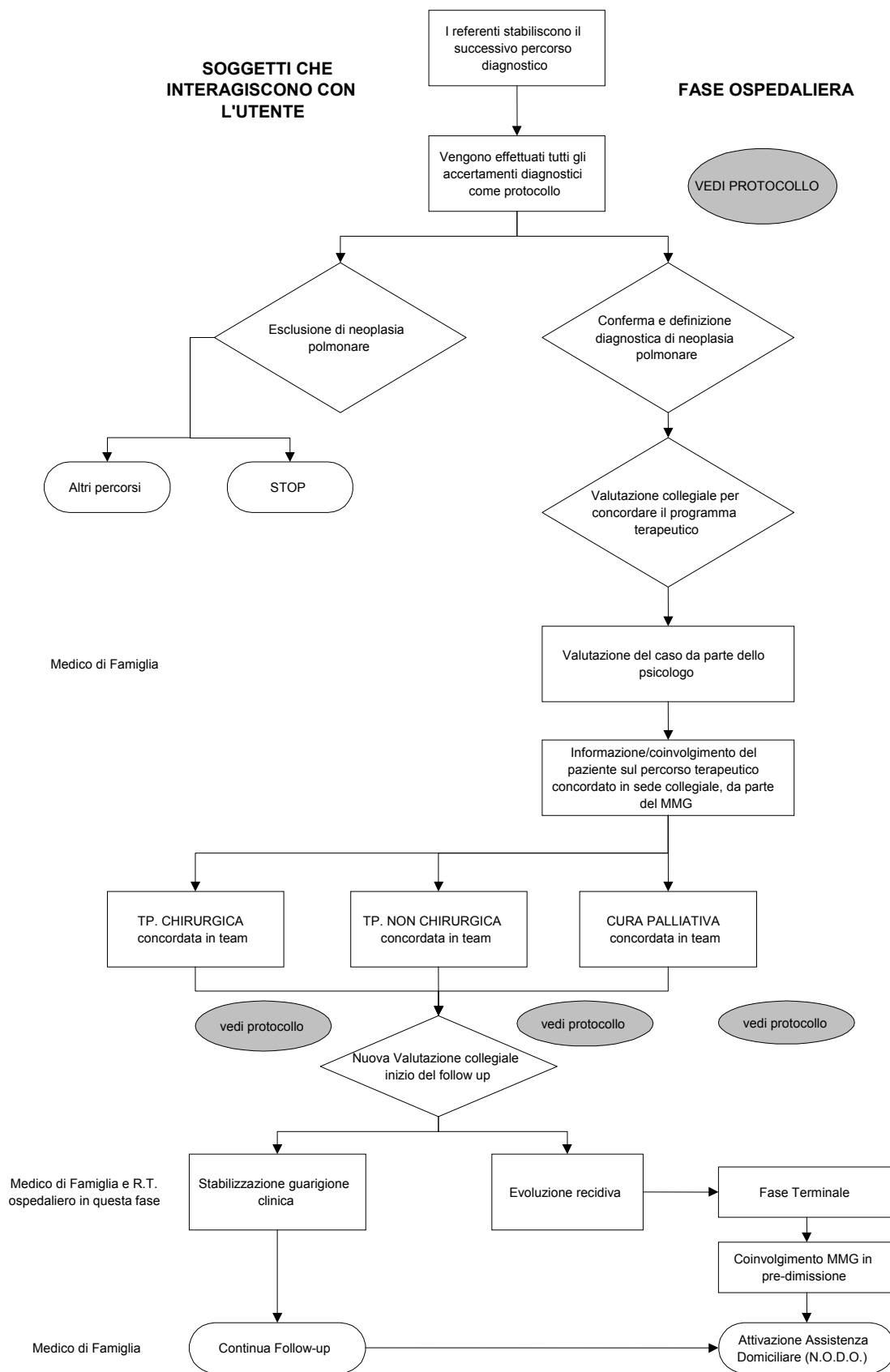




Fig. 8: Percorso diagnostico-terapeutico nel tumore del polmone ("Il miglioramento continuo nelle aziende sanitarie". Ulrich Wienan, pag. 91 e 92 (da G. Di Pietro, A. Gentili 1999)







Obiettivi del business process reengineering.

I principali obiettivi per l'attuazione di un intervento di BPR si possono ricondurre a:

1. Aumentare la qualità e/o la quantità dei servizi prodotti erogati all'utenza, a parità di risorse impegnate.
2. Migliorare il funzionamento dei processi, con impatto sulla qualità e l'adequatezza del contenuto tecnico scientifico.
3. Migliorare le condizioni di lavoro e il coordinamento tra unità operative con soddisfazione del personale.
4. Riduzione dei tempi "di attraversamento" dei processi, con possibile impatto sia sul funzionamento interno che in termini di servizio all'utenza.
5. Miglior utilizzo delle risorse con generazione di risparmi.

AMBITI DI APPLICAZIONE DEL BPR

La logica per processi è sostanzialmente un "modo di rappresentare" il funzionamento dell'organizzazione e può essere applicata per molti interventi di sviluppo organizzativo.

Il BPR è finalizzato all'individuazione dei più efficaci interventi per il miglioramento dell'organizzazione.

Vi possono essere diversi livelli dove applicare il BPR:

- Macro livello: *dove vengono coinvolte più unità organizzative e dove viene ridisegnato anche una parte dell'organigramma.*
- Micro livello: *dove viene analizzata e riorganizzata l'attività di una singola unità operativa o di una singola persona.*
- Livello trasversale: *dove vengono coinvolte trasversalmente più unità organizzative come per esempio nel caso dei sistemi informativi che regolano il flusso delle informazioni su tutta l'azienda e all'interno della singola unità.*

IL PROCESSO DI REINGEGNERIZZAZIONE

Nell'eseguire la ridefinizione dei processi, oltre alla metodologia del BPR, è necessario avere anche altri riferimenti di base che possano costituire elementi solidi a garanzia di una innovazione basata non sulle fantasie e le aspettative degli operatori ma anche su evidenze scientifiche che assicurino idoneità ed opportunità diagnostica, terapeutico-riabilitativa, buon management relazionale e correttezza da un punto di vista etico.

Le metodologie a cui far riferimento nel campo della dipendenza da sostanze, anche per altri settori, sono fondamentalmente cinque:

1. L'Evidence Base Medicine: relativamente alla scelta delle alternative diagnostiche e terapeutiche di provata efficacia ed appropriatezza.
2. L'uso di linee guida accreditate e di "good clinical practice": quali riferimenti condivisi, predichiarati e verificabili.
3. La modellistica e il Project Management per la definizione, la formalizzazione dei processi dell'organizzazione e la realizzazione delle innovazioni.
4. Il Total Quality Management per la creazione dei sistemi fortemente orientati al cliente.
5. Le tecniche di analisi dei costi per la valutazione economica dell'impatto della reingegnerizzazione.

Queste metodologie ci permetteranno di eseguire una ridefinizione dei processi determinando collateralmente e contestualmente anche tutta la documentazione e i protocolli

che servono per l'istruzione e la formazione del personale e rendere quindi operativo il processo.

Chiarito questo aspetto di fondo possiamo passare a vedere come si possono riorganizzare i processi e attraverso quali fasi.

La determinazione dei processi da sottoporre a reingegnerizzazione si avvale fondamentalmente di due macrofasi:

1. L'identificazione e classificazione dei processi da sottoporre all'intervento di reingegnerizzazione.
2. Sviluppo del nuovo modello di funzionamento per i processi oggetto di intervento.

Identificazione selezione dei processi

La fase di identificazione, analisi e selezione dei processi sui quali intervenire è una fase molto delicata. La realizzazione di tale fase presuppone una scelta di strategie organizzative in merito all'utilizzo dell'approccio tipo BPR, a meno che non sia già stata fatta.

Secondo alcuni autori (Ongaro 2001, Rebora e Meneguzzo 1990) i processi si possono classificare nel seguente modo:

Processi operativi (finali): sono i processi il cui output viene erogato ad utenti finali esterni all'ente (cittadini, famiglie, imprese, associazioni eccetera) i cosiddetti clienti esterni. Si tratta di processi che producono beni o servizi finalizzati a soddisfare direttamente le esigenze degli utenti "beneficiari". Sono denominati processi "finali" in quanto il loro output viene realizzato con il concorso di tutti gli altri processi. Esempi di questi processi sono: l'erogazione di tutte le prestazioni sanitarie presso i reparti o i servizi ambulatoriali, ma anche l'erogazione di certificati di visite ispettive in campo veterinario, o nell'ambito della medicina del lavoro, eccetera.

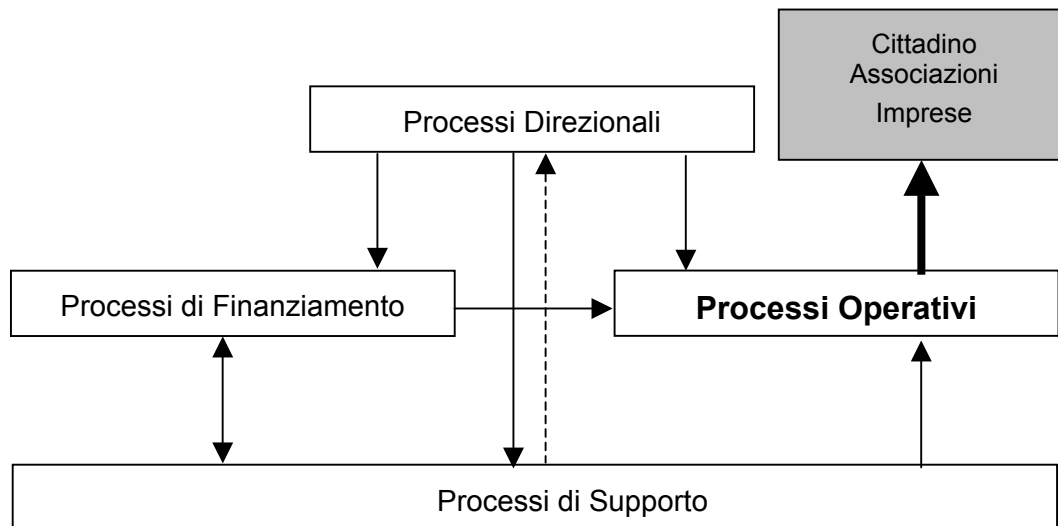
Questi processi possono essere ulteriormente raggruppati in base alle necessità e alle specifiche esigenze dell'organizzazione. Esistono infatti processi diagnostici, terapeutici, di monitoraggio ecc.

Processi di supporto: sono tutti processi il cui output costituisce l'input di altri processi in genere interni all'ente. A questi processi appartengono tipicamente il processo degli acquisti, quello di gestione delle risorse umane, quelli amministrativi e gestionali.

Processi direzionali. (politico/strategici) sono i processi decisionali attraverso i quali l'organizzazione pianifica e sviluppa il proprio futuro e che sono in grado di orientare tutti gli altri processi. In questo gruppo si collocano anche i processi di sviluppo dell'innovazione in grado di impattare con gli altri processi ed in particolare con il funzionamento di quelli operativi.

Processi di finanziamento: sono tutti processi finalizzati al reperimento delle risorse finanziarie per le proprie attività.

Tutti questi processi sono in stretta relazione tra loro in quanto i processi operativi vengono condizionati, così come i processi di supporto e di finanziamento, dai processi direzionali, i processi di finanziamento sono la base per poter attuare i processi operativi e i processi di supporto.

**Fig. 9: La principale relazione fra le categorie di processi***(Ongaro 2001 modificato da Serpelloni 2001)*

L'identificazione dei processi su cui concentrare l'attenzione e lavorare tiene conto di una serie di situazioni attivanti (trigger).

Tab. 3: Le situazioni attivanti (trigger)

N	SITUAZIONI TRIGGER	OBIETTIVO
1	Necessità di standardizzare le modalità operative tra varie unità organizzative	migliorare il coordinamento
2	Necessità di aggiornare processi obsoleti da un punto di vista tecnico/scientifico	aumento dell'efficacia
3	Necessità di riottimizzare i costi e l'uso delle risorse	aumento dell'efficienza
4	Adeguare l'offerta alla nuova domanda	soddisfazione del cliente
5	Ridurre i tempi produttivi o di attesa	aumento dell'efficienza
6	In seguito ad una riorganizzazione aziendale (variazione delle unità organizzative, delle interdipendenze e delle responsabilità)	adeguamento alla nuova realtà produttiva e allineamento organizzativo/strategico

Sviluppo dei nuovi modelli

Dopo aver selezionato i processi da sottoporre a revisione si deve definire un nuovo modello di funzionamento. Le alternative di reingegnerizzazione, è cioè i possibili modelli di funzionamento del processo elaborati, all'interno dei quali verrà selezionato il modello al quale sarà data effettiva attuazione, devono tenere conto di una serie di criteri (Hammer 1990, Davenport e Short 1990). La ridefinizione riguarderà soprattutto le attività e la sequenze delle azioni e verrà eseguita utilizzando una serie di criteri di seguito riportati:

1. Output richiesti.
2. Contesto organizzativo dove il processo si colloca.
3. I meccanismi di coordinamento adottati dall'Azienda.
4. Risorse disponibili (umane, tecnologiche, informative) presenti all'interno delle varie unità organizzative coinvolte.
5. Livello tecnologico informatico presente (macchine, cultura e disponibilità del personale all'uso delle tecnologie digitali).

Nel procedere alla ridefinizione dei processi si dovrà operare per gradi seguendo alcune fasi che vengono schematizzate nella figura 9. Risulta importante ricordare sempre che la reingegnerizzazione dei processi deve derivare da reali necessità di cambiamento, misurate e condivise dai vari attori rilevanti. In altre parole il BPR non deve essere un esercizio di abilità riorganizzativa, non finalizzato, ma derivante da reali bisogni.

Una ulteriore considerazione va fatta sulla necessità di misurare i reali miglioramenti ottenuti dall'introduzione del nuovo processo, fissando indicatori di performance (vedi articolo sul Benchmarking di processo) che siano in grado far comprendere la reale utilità di reingegnerizzazione.

La mappatura del processo

La mappatura del processo non è sempre agevole e questo dipende soprattutto dal fatto che le attività sono più o meno strutturate.

Nel caso di attività non strutturate, dove i compiti sono ripetitivi e altamente "professionalizzanti" e pertanto difficilmente codificabili, la mappatura tende a perdere di significatività quanto più si cerca di entrare nel dettaglio della sequenza delle specifiche attività (Ongaro 2001).

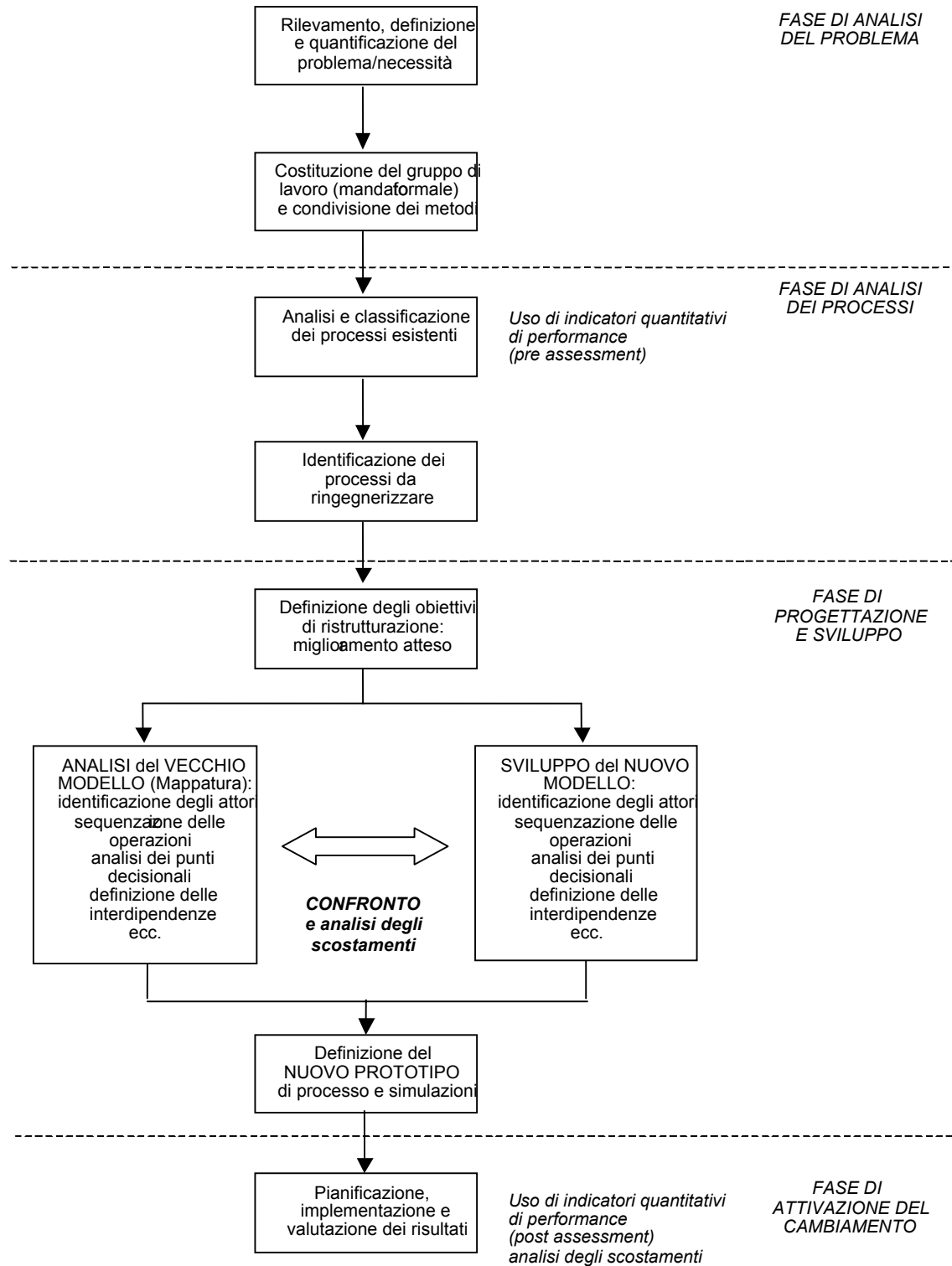
Sarebbe necessario quindi trovare un giusto equilibrio e bilanciamento nel dettagliare le varie fasi del processo in analisi.

Le informazioni necessarie per attuare una buona mappatura sono riportate nella tabella successiva.

**Tab. 4: Informazioni e specifiche necessarie per la mappatura dei processi**

N.	INFORMAZIONI	SPECIFICHE
1	Attori e operatori coinvolti e ruolo svolto nelle attività in esame	In particolare avendo cura di definire se si tratta di un ruolo esecutivo, di direzione, di controllo dirigenziale, di controllo di regolarità formale, di parere, o di parere obbligatorio eccetera.
2	Azioni specifiche e sequenza	Definite anche in relazione alla natura dei compiti svolti.
3	Punti decisionali importanti	Nodi dove occorre mettere una particolare attenzione nelle strutturare il processo.
4	Input attivanti il processo	Quegli eventi che determinano e condizionano l'avvio del processo stesso.
5	Interdipendenze tra le attività e i soggetti coinvolti nella Conduzione del processo	Importante cogliere le relazioni esistenti e vincolanti tra i vari attori, gli ambienti di erogazione e le necessità reciproche di relazione.
6	Risorse umane coinvolte e tecnico strumentali	Esprese sia in termini quantitativi che di competenze.
7	Sistemi di gestione, strumenti, metodi e logiche necessarie al coordinamento delle attività	Descrivendo anche il contesto di coordinamento più ampio a cui attenersi (regionale e/o aziendale).

Fig. 10: Principali fasi del processo di BPR





ALCUNE INDICAZIONI PRATICHE

La gestione per processi anche nella pratica clinica risulta di fondamentale importanza al fine di poter realizzare una organizzazione del lavoro che possa essere in seguito controllata nella propria efficacia, adeguatezza, efficienza e quindi qualità. La formalizzazione dei processi attraverso opportune tecniche risulta quindi importante per poter comunicare tra i vari attori coinvolti, in modo standardizzato e condiviso, per poter controllare l'effettiva applicazione e poter monitorare (attraverso l'utilizzo di indicatori quantitativi opportunamente selezionati e concordati) i risultati derivanti dall'utilizzo di tali processi. L'analisi e la formalizzazione dei processi è molto complessa e faticosa ma il gioco vale sicuramente la candela come dimostrano tutte le esperienze internazionali a questo proposito, soprattutto in ambito sanitario.

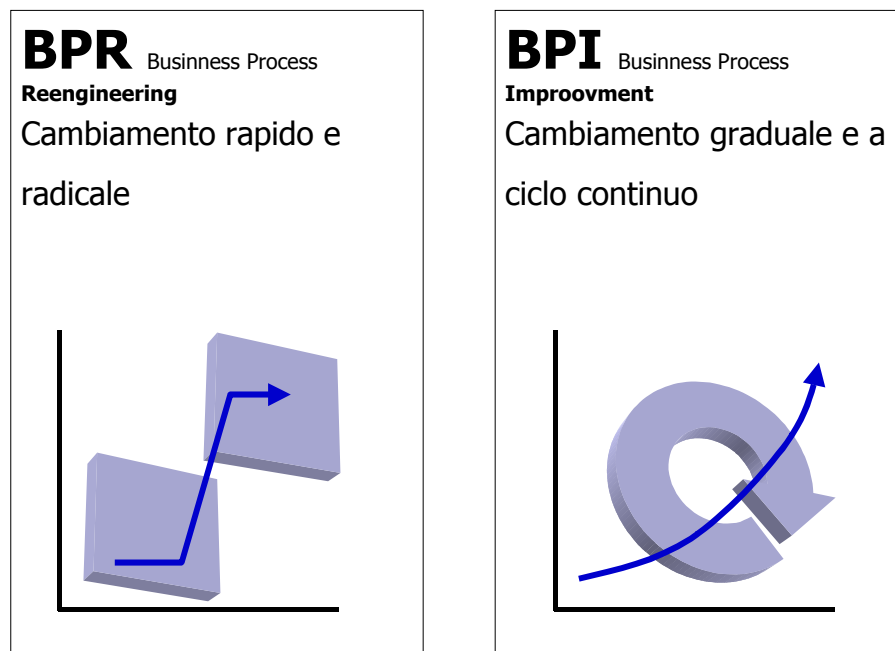
Qualsiasi azienda sanitaria (o unità operativa) presenta due fondamentali componenti:

1. la struttura e gli assetti organizzativi che ne rappresentano la componente statica;
2. la modalità di gestione, che ne rappresenta la componente dinamica e cioè qualunque atto che abbia una influenza sul valore derivante dalla lavorazione e trasformazione delle risorse al fine di produrre un output.

La parola "gestione" deve essere intesa quindi come una componente "dinamica" dove le principali azioni sono: conoscere, decidere e controllare. Come è facilmente intuibile, tutto questo diventa impossibile se non vengono formalizzati, attuati e controllati i propri processi.

Conoscere i propri processi vuol dire anche saperli rappresentare con modalità standard ed è questo l'argomento di questo articolo, ma è anche necessario chiarire che tale conoscenza è finalizzata al miglioramento e che tale condizione può avvenire (a seconda delle scelte strategiche dell'azienda) in due principali modi: radicalmente (Business Process Reengineering - BPR) o gradualmente (Business Process Improvement).

Fig. 11: Differenze tra il BPR e il BPI



La macro sequenza delle azioni da fare nella definizione dei processi clinici è la seguente:

1. Definizione precisa della patologia/problema sanitario che si vuole affrontare e per la quale è necessaria la definizione di un processo di management specifico. Questa azione porterà all'identificazione dei cluster omogenei di pazienti in base ai bisogni assistenziali.
2. Descrizione e formalizzazione in specifiche schede dei:
 - a. criteri di inclusione e di ingresso nel processo, tenendo conto sia della dimensione clinica che di quella socio assistenziale (condizioni di vita del paziente e risorse sociali attivabili);
 - b. criteri per i quali il paziente cambierà il processo nel caso in cui sopravvengano condizioni che renderanno necessario tale cambio;
 - c. criteri di dimissione o di fine processo;
3. Rappresentazione dello svolgimento temporale (sequenze tipiche) delle varie attività/azioni in ambito gestionale/relazionale, diagnostico, terapeutico e di monitoraggio, definendo tempi, responsabilità e modi STD.
4. Definizione dei criteri di scelta e di organizzazione delle liste di attesa in caso di contingenze organizzative (carenza di posti letto, saturazione degli ambulatori, mancanza di farmaci, ecc.) dipendenti dall'U.O./azienda, in grado di var variare i processi.

Ogni cluster di pazienti può dare origine a dei sottogruppi di pazienti con specificità assistenziali che andranno considerate e definite con processi dedicati.

Fig. 12: Verso la Good Clinical Practice, analisi e ottimizzazione dei processi assistenziali

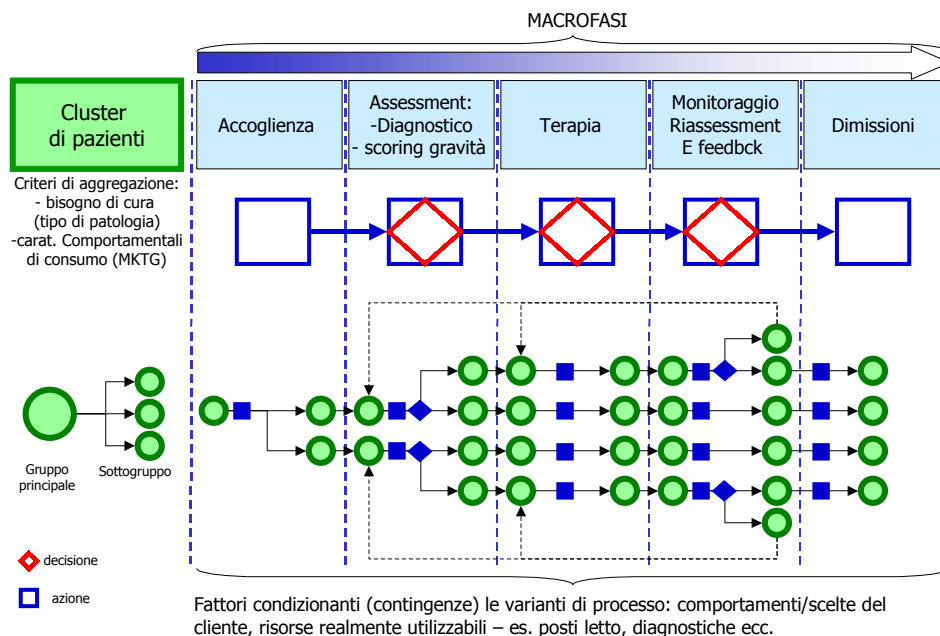
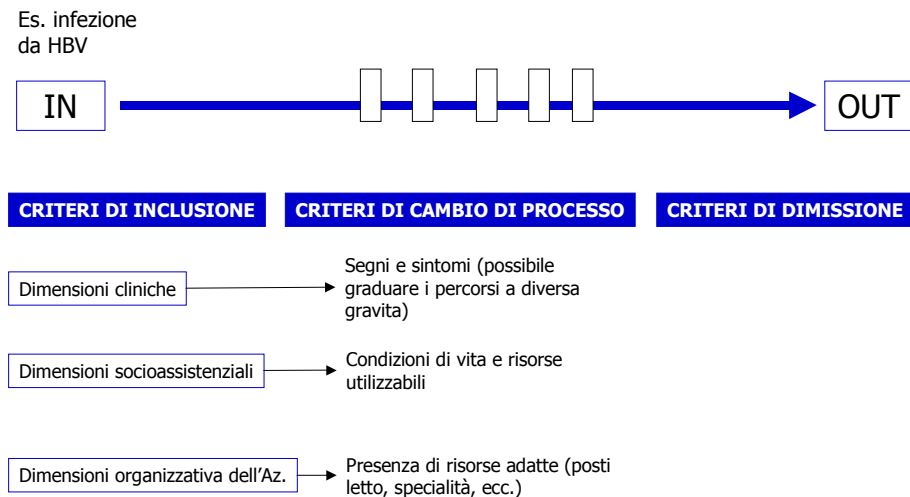


**Fig. 13: Processo e criteri di inclusione, cambio e dimissione**

La variabilità derivante dai singoli processi può essere misurata (es. per i tempi di degenza) utilizzando il coefficiente di variazione che è una utile misura di dispersione in grado di farci comprendere le diversità tra U.O.

Fig. 14: Coefficiente di variazione

$$CV = \frac{\sigma}{M} \times 100$$

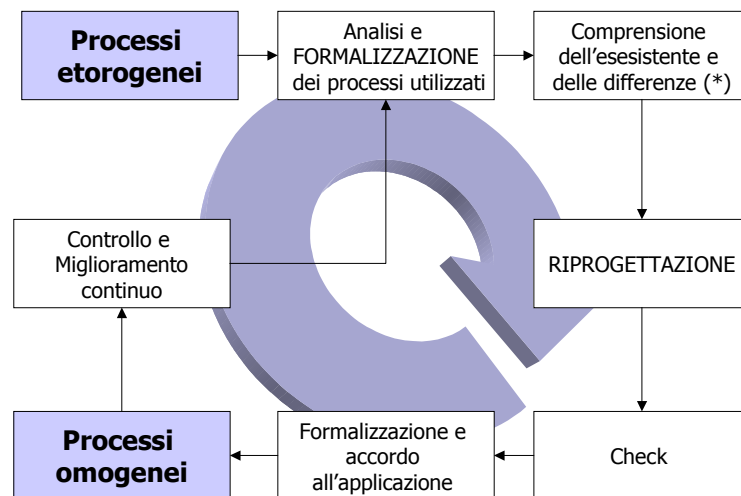
CV = coefficiente di variazione → misura di dispersione

Sigma = deviazione standard

M = media

Per realizzare un percorso verso la Good Clinical Practice è necessario pertanto considerare la necessità di orientare l'organizzazione verso un approccio processuale al fine di definire i propri processi con uno studio ed un adattamento/miglioramento continuo per riportare l'alta varietà di processi esistente a processi omogenei ridefiniti sulla base delle evidenze scientifiche, su criteri di fattibilità e di qualità assistenziale.

Fig. 15: Step A verso la Good Clinical Practice (evidence base and process oriented)



(*) = con indicatori preconcordati in base agli obiettivi della riorganizzazione, alle strategie e alle priorità (es. contenimento dei costi, aumento della qualità, riqualificazione tecnologica, ecc.) G. Serpelloni 2002

Per fare questo sarà necessario identificare i processi realmente utilizzati, con un confronto tra le varie U.O. interessate e coinvolte. Questa operazione ha il compito di eseguire un'analisi della realtà e di creare un confronto su indicatori standardizzati con un benchmarking che porti a definire e rappresentare i processi in matrici algoritmiche dove sia possibile ricostruire le sequenze, le azioni e i criteri di scelta utilizzati, le responsabilità e i tempi.

In questo modo sarà possibile identificare il processo prevalente, cioè quello più utilizzato in pratica e cogliere le eventuali varianti ("ipo e iper").

Successivamente si potrà attuare un benchmarking più specifico per arrivare ad un reengineering e formalizzare un nuovo processo ottimizzato e concordato.

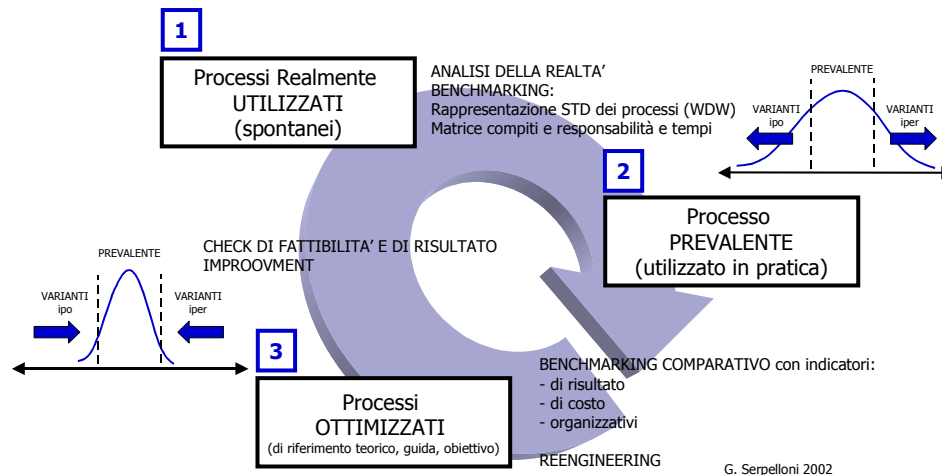
Questa fase è fondamentale e molto utile nel creare un confronto costruttivo e sorprendentemente efficace nell'allineare metodologie, vision e riferimenti tecnoscientifici tra i vari professionali. Questa situazione è uno dei principali vantaggi "collaterali" di questa operazione.

La messa in attività dei nuovi processi dovrà essere fatta precedere da un check con valutazione dei risultati al fine di poter far entrare in esercizio e valutazione costante i nuovi processi.



Fig. 16: Step B ciclo del miglioramento continuo e BPI, Verso la Good Clinical Practice (evidence base and process oriented)

1. All'interno della singola U.O.
2. Tra le U.O. aziendali
3. Tra U.O. extra aziendali



V.I. = l'adattabilità e la flessibilità dei processi in base alle condizioni contingenti organizzative (es. presenza di posti letto, know-how specifico, ecc.) e alle scelte e condizioni specifiche del paziente

La tabella successiva riporta le tre principali dimensioni da tenere in considerazione nella valutazione dei processi utilizzati.

Tab. 5: Principali dimensioni nella valutazione dei processi

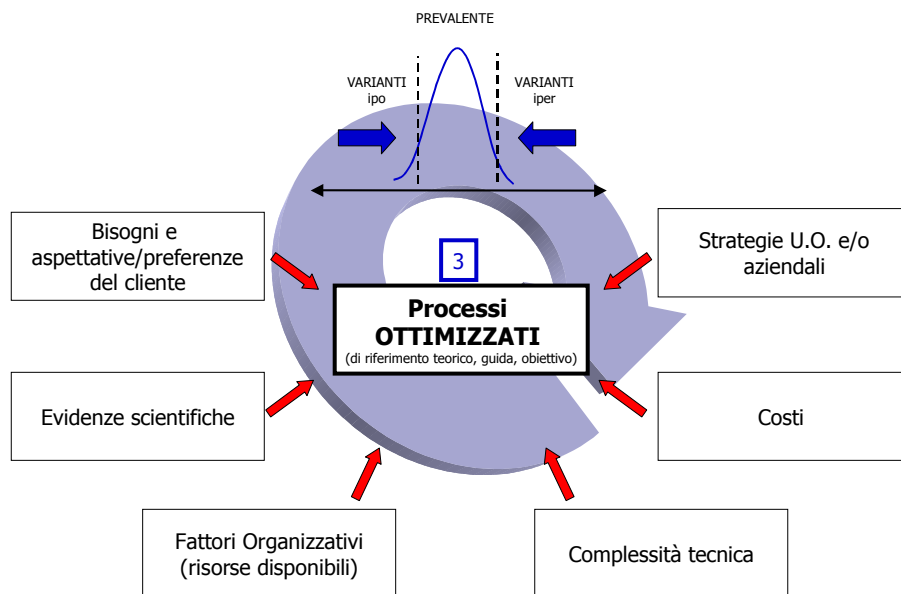
	DIMENSIONE	SPECIFICHE
1	Risultati sanitari	Risulti di salute (outcome).
2	Risultati di processo (organizzazione)	Prestazioni erogate (output intermedio) Semplicità - fattibilità, grado di integrazione con altri processi.
3	Impatto economico	Costo comparato del processo a parità di risultato.

Vi sono molti fattori che possono condizionare la definizione dei processi ottimizzati:

1. I bisogni dei pazienti, le loro aspettative e di conseguenza le loro preferenze.
2. Le strategie aziendali, che possono voler orientare (per esempio) l'operatività più verso un contenimento dei costi che un totale soddisfacimento della specifica domanda.
3. Le evidenze scientifiche che orientano le scelte tecniche.
4. I costi generabili con i nuovi processi, che possono condizionare fortemente la fattibilità.
5. I fattori organizzativi quali ad esempio la disponibilità di risorse (posti letto, know-how specialistico, ecc.).
6. La complessità tecnica dei nuovi processi.

Questi fattori devono essere presi in considerazione e governati al fine di arrivare ad una definizione dei processi ottimizzati con consapevolezza di quali drive abbiano condizionato le nostre scelte.

Fig. 17: Step C ciclo del miglioramento continuo e BPI, fattori condizionanti l'ottimizzazione dei processi



G. Serpelloni 2002



RAPPRESENTAZIONE DEI PROCESSI

I processi possono essere rappresentati attraverso l'utilizzo di simboli convenzionali (vedi articolo sul Benchmarking).

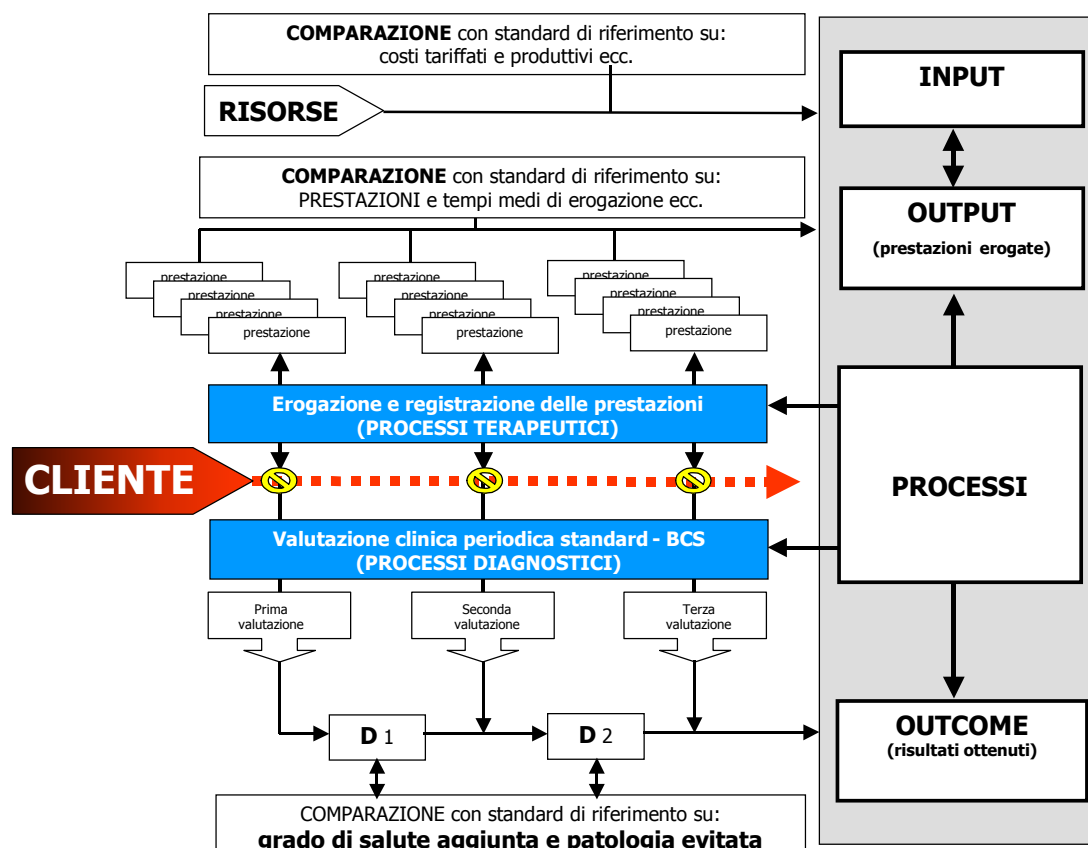
I principali processi operativi (vedi algoritmi allegati) su cui in prima battuta sarebbe necessario focalizzare l'attenzione e l'analisi, al fine di razionalizzare l'intervento all'interno dei Dipartimenti delle Dipendenze, sono quelli riportati in seguito:

1. processo di accoglienza clienti (accettazione, archiviazione, informazione e, primo contatto con l'operatore, ecc.);
2. processo inquadramento diagnostico standard di primo livello;
3. processo terapeutico farmacologico sostitutivo standard di primo livello;
4. processo di invio e monitoraggio clienti in comunità terapeutica;
5. processo di monitoraggio clinico e degli esiti dei trattamenti (valutazione dell'outcome);
6. processo di raccolta e valutazione delle prestazioni (valutazione dell'output);
7. processo di dimissione.

Questa modalità di approccio ricostruisce il "percorso del paziente" reingegnerizzando i principali processi clinici, il controllo delle attività e dell'erogazione delle prestazioni, costruendo inoltre le condizioni di cessione dei servizi e di immagine.

La figura successiva riporta il modello concettuale di riferimento.

Fig. 18: Percorso del paziente e modello concettuale per l'analisi dei processi e del sistema di erogazione delle prestazioni



Questi ed altri processi possono essere oggetto di analisi e di definizione per attuare un confronto che porti alla definizione dei cosiddetti "processi di eccellenza". Il tutto potrà essere supportato da un'utile tecnologia informatica (vedi modello presentata più avanti sistema PAC ©).

VALUTAZIONE DEI PROCESSI: INDICATORI DI VALUTAZIONE

La valutazione dei processi assistenziali (cioè quelli diretti al cliente esterno) non è cosa semplice. Essa può avvalersi di diverse tecniche ed approcci. Una tecnica è quella già enunciata nell'articolo sul Benchmarking di processo, a cui si rimanda. Qui vale la pena di ricordare che la valutazione avviene attraverso l'utilizzo di indicatori quantitativi in grado di far cogliere le principali caratteristiche del processo relativamente a qualità e performance, con un rilevamento *pre* reingegnerizzazione ed uno *post*, avendo cura di cogliere gli scostamenti che ci auguriamo essere positivi.

Gli indicatori più utilizzati per valutare un processo assistenziale sono: accessibilità al processo (n. di fruitori/bisognosi, giudizio del cliente), tempi di erogazione delle prestazioni (tempi di attesa, tempi produttivi), numero di prestazioni erogate (densità prestazionale su singolo paziente, qualità delle prestazioni), fattibilità e complessità del processo (giudizio dell'operatore esperto addetto), esiti prodotti (soddisfazione del cliente, grado di salute aggiunta, grado di patologia evitata - outcome), costi (costo/die assistenza, costo/unità di prodotto).

Fig. 19: Principali aree su cui agganciare gli indicatori per la valutazione dei processi assistenziali





RUOLO DELL'INFORMATION AND COMUNICATION TECHNOLOGY

L' Information and Communication Technology (ICT) può dare un forte impulso al process reengineering. Tuttavia per poter applicare la tecnologia informatica a supporto dell'organizzazione aziendale o dell'unità operativa, esiste una regola fondamentale da rispettare. L'approccio corretto che è necessario tenere per poter utilizzare la ICT nelle aziende sanitarie è che queste prima devono poter essere "lette" nella loro organizzazione attraverso una precisa definizione e ricostruzione dei processi. Quindi prima di poter utilizzare la ICT è vincolante ridisegnare l'organizzazione attraverso i propri processi.

il rapporto tra ICT e BPR è molto stretto ed importante perché si introduce una automazione che fa aumentare la possibilità di gestione/controllo del processo. Inoltre esso può ben supportare la riprogettazione del progetto stesso, arrivando così a definire il sistema informativo automatizzato di processo. La ICT è in grado inoltre di supportare la gestione stessa del processo di reengineering. La tecnologia informatica internet-Web inoltre, aggiunge delle fortissime potenzialità per la gestione dei processi anche di unità organizzative fisicamente e/o logicamente molto distanti.

I potenziali benefici organizzativi della ICT sono molti alcuni dei quali vengono di seguito elencati:

1. L'automazione porta a sostituire il lavoro standardizzato e ripetitivo dell'operatore con il lavoro della macchina liberando quindi "risorse umane intelligenti" che possono quindi applicarsi alla gestione dei situazioni dove è richiesta una maggiore intelligenza interpretativa e sensibilità.
2. Maggiore standardizzazione delle varie attività con trasformazione di attività non strutturate in attività più strutturate e quindi controllabili.
3. "Disintermediazione" dell'accesso alle informazioni che risulta quindi diretto per non più mediato e/o dilazionato nel tempo.
4. C'è anche un abbattimento delle distanze geografiche grazie all'utilizzo di reti (sia intranet che extranet).
5. Aumento del coordinamento della parallelizzazione nelle varie unità organizzative coinvolte.
6. Possibilità di attuare un controllo dello stato delle attività in tempo reale in quanto le tecnologie digitali permettono il "tracking" e cioè il rintracciare agevolmente le varie operazioni che vengono fatte durante il percorso del paziente.
7. Forte supporto, al processo decisionale sia nel livello strategico che tattico/operativo. A questo proposito ricordiamo tutte le tecnologie di "office automation" ed i vari ed articolati strumenti attualmente presente sul mercato ed utilizzabili (EDP - Elettronica Data Processing, MIS - Management Information System, DSS - Decision Support System, ESS - Executive Support System ecc.) o sistemi informativi integrati quali i DWH - Data Ware House.

Esistono poi dei sistemi ICT avanzati che sono gli ERP - Enterprise Resource Planning - che si basano sull'analisi di processo. In altre parole vedono l'organizzazione per processi ed utilizzano le integrazioni dei dati. Sono sistemi composti da moduli ed ogni modulo corrisponde ad un applicativo. Un modulo è una "cristallizzazione" dei processi utilizzati considerati come "i migliori/ottimizzati". Questi sistemi hanno inoltre delle "tabelle di sistema" in grado di adattarsi alle varie realtà che lo utilizzano. In altre parole i sistemi ERP hanno la possibilità di "personalizzare" il tutto al cliente, conservando il processo tipo e il sistema. Le due caratteristiche che li contraddistinguono sono quindi il fatto di essere un insieme di applicativi e di gestire i processi con forte impatto sull'organizzazione. Per una più approfondita trattazione sull'argomento rimandiamo alla bibliografia riportata.

L'introduzione quindi della ICT nelle organizzazioni sanitarie fa cambiare anche la prestazione complessiva finale (sicuramente in meglio) e non solo gli aspetti gestionali e/o

organizzativi.

L'APPLICAZIONE PAC © DELLA PIATTAFORMA MFp PER IL CONTROLLO DEI PROCESSI

All'interno della Piattaforma software mFp©, sviluppata dal Dipartimento delle Dipendenze di Verona, un prodotto che si colloca nella ICT e più specificatamente come supporto alle attività ed alle decisioni tattiche ed operative, è contenuto un altro interessante applicativo che serve per la definizione ed il controllo dei processi di eccellenza all'interno delle singole unità operative del Dipartimento (Ser.T e comunità).

Tale applicazione è denominata PAC - Process Adherence Controller, ed è un sistema per il controllo dell'aderenza dei processi utilizzati a quelli predefiniti come di "eccellenza e qualità". L'applicazione quindi stabilisce il grado di correlazione tra i processi standard di riferimento e quelli utilizzati dall'operatore nel management del cliente.

Questa applicazione per poter funzionare ha bisogno di alcuni prerequisiti di base:

1. Predefinizione e formalizzazione dei propri processi diagnostici, terapeutici e di monitoraggio considerati come di "eccellenza" e dei protocolli terapeutici, routine laboratoristiche e strumentali da utilizzare.
2. Inquadramento del paziente in una PMC "Patient Management Cathegories" al momento della presa in carico su cui si applicheranno i processi.
3. Registrazione costante delle prestazioni erogate al paziente all'interno del database della piattaforma mFp.

I criteri base per la definizione dei processi di eccellenza sono quelli in cui tali processi sono espliciti e formali, predefiniti attraverso lo studio ed un confronto con i vari attori competenti, sulla base di evidenze scientifiche selezionati attraverso un'analisi del rapporto costo/efficacia.

Gli ambiti della valutazione dell'aderenza quindi riguardano tre tipi di processi:

1. Processi diagnostici;
2. Processi terapeutici;
3. Processi per il monitoraggio e il management del paziente.

Il sistema durante le attività correnti dell'operatore, che dovrà solo registrare quindi le prestazioni erogate al paziente, andrà a rilevare se la conduzione del caso, preventivamente identificato ed inquadrato nella PMC corrispondente, sia conforme a quanto previsto all'interno dei processi di eccellenza che sono residenti nel sistema informatico.

Le figure successive rappresentano la strutturazione e le componenti generali del PAC. La procedura per l'attivazione ed utilizzo del sistema ed una serie di schermate operative utilizzate per la definizione dei processi, la compilazione delle tabelle di sistema, l'assegnazione della PMC. Vengono infine riportate le videate relative alla visualizzazione del grado di aderenza ai processi di eccellenza e l'elenco delle singole attività non completate. Per una più approfondita trattazione si rimanda al manuale della piattaforma MFP.



Fig. 20: Strutturazione e componenti generali del PAC

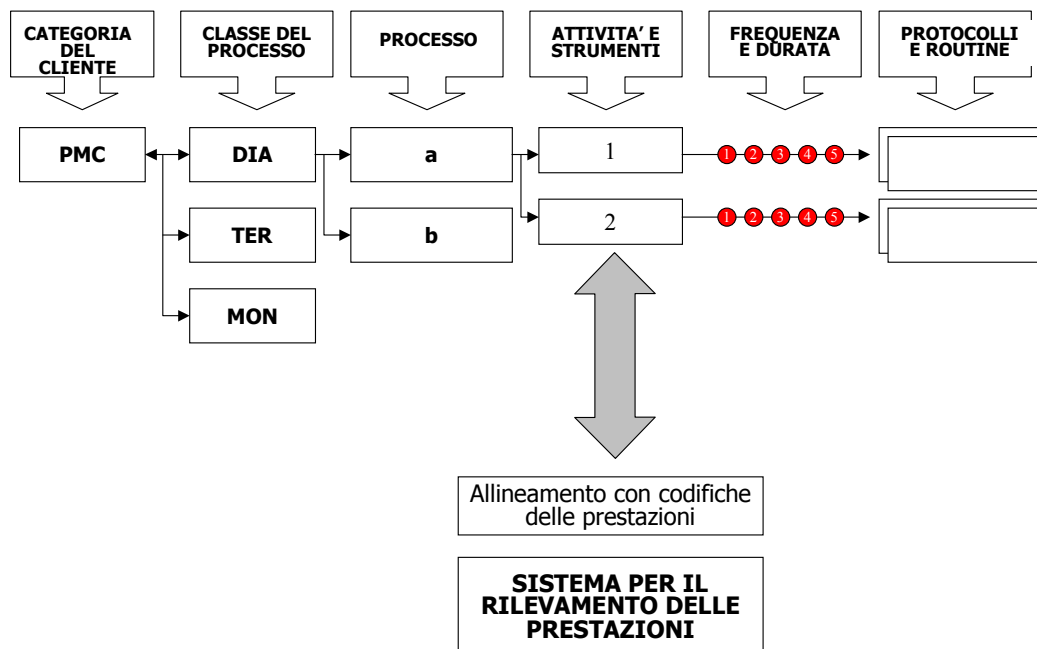


Fig. 21: Procedura per attivazione ed utilizzo PAC

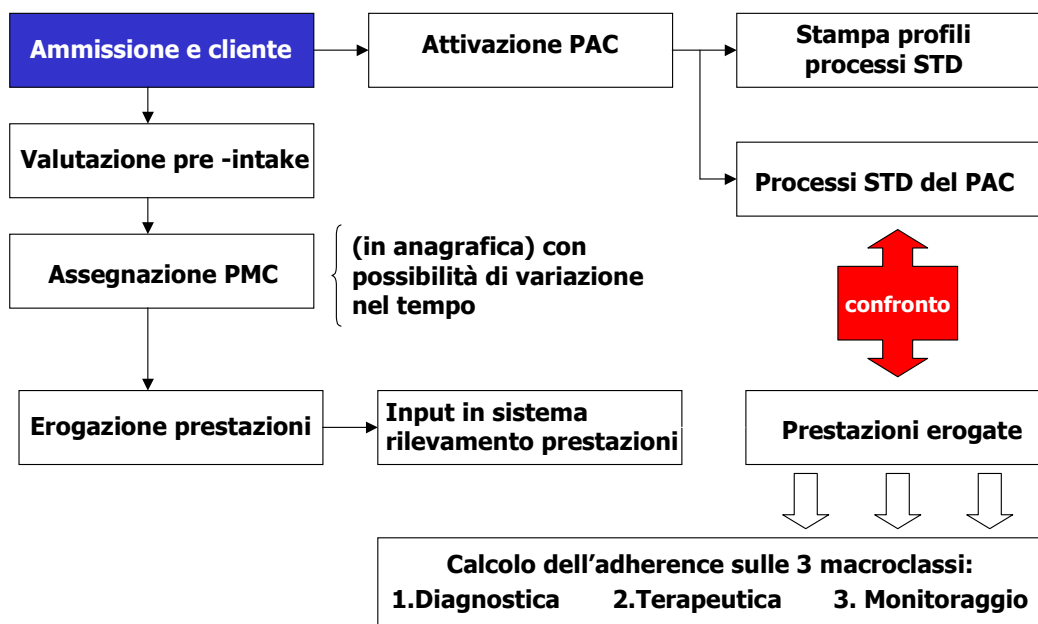


Fig. 22: Esempio di schermata del modulo P.A.C. (Lista processi)

Gestione tabelle di riferimento

Tabelle di sistema | Dati struttura | Prestazioni | Comunità | Budget assegnati | P.A.C. - Definizione processi | P.A.C. - Tabelle | Info

LISTA PROCESSI

CLASSE ▲

NOME PROCESSO	CLASSE ▲	CATEGORIA CLIENTE	DATA CREAZIONE
Diagnosi TD	DIAGNOSI	TD in metadone	
- MONITORAGGIO			
Monitor 1	MONITORAGGIO ...	TD in naltrexone	22/06/2000
Monitoraggio HIV+	MONITORAGGIO ...	HIV+ asintomatico	
Monitoraggio TD	MONITORAGGIO ...	TD in metadone	
- TERAPEUTICA			

PROCESSO

CLASSE CATEGORIA DEL CLIENTE NOME DEL PROCESSO

TD in metadone Diagnosi TD

INSERISCI NUOVO MODIFICA ELIMINA

GENERATORE DI PROCESSO E SPECIFICHE

STRUMENTO/ATTIVITA'	FREQUENZA	DURATA	TEMPISTICA	NOTE
C.B.E.	MENSILE		1,3,5,7,9,12	Fare un CBE ogni tre mesi e all'entrata DA RICORDA...
PSICO	MENSILE		8, 9, 11	da fare dopo il CBE
MAC/E e Cognitive Dissonance	MENSILE		1, 4, 10	Da fare per conoscere la dissonanza magnetica
Scheda rilevamento comportamenti a ri...	GIORNALIERA		2, 5	da fare dopo il CBE

? INFO

STAMPA USCITA

Fig. 23: Esempio di schermata del modulo P.A.C. (Tabelle di Sistema)

Gestione tabelle di riferimento

Tabelle di sistema | Dati struttura | Prestazioni | Comunità | Budget assegnati | P.A.C. - Definizione processi | P.A.C. - Tabelle | Info

Tabelle di sistema del Process Adherence Controller (P.A.C.)

AVANZATE...

CATEGORIE DEI CLIENTI
"Patient Management Categories"

ID	DESCRIZIONE
1	TD in metadone
2	TD in naltrexone
3	TD in buprenorfina
4	Persona segnalata art. 75/121
5	Affidamento
6	TD in comunità
7	Persona con CaR HIV
8	HIV+ asintomatico
9	HIV+ sintomatico non in terap.
10	HIV+ sintomatico in terap.
11	Altro

ELENCO STRUMENTI / ATTIVITA'

ID	DESCRIZIONE
1	Scheda analisi della Domanda
2	Scheda analisi dei bisogni
3	Event story
4	C.B.E.
5	Valutazione internistica
6	Valutazione laboratoristica (funzionalità ...
7	Valutazione laboratoristica (assunzione ...
8	S.S.A.S.
9	Social Conformity
10	Scheda Legale
11	PSICO
12	Valutazione psichiatrica
13	MAC/E e Cognitive Dissonance
14	Self Efficacy specifica
15	Autostima
16	Autocontrollo
17	S.C.A.R.
18	Coping system
19	Scheda rilevamento comportamenti a ri...

? INFO

STAMPA USCITA



Fig. 24: Esempio di schermata del modulo Anagrafica e rappresentazione grafica aderenze per paziente nel modulo P.A.C.

Anagrafica - Seconda pagina

MEDICO DI M.G.
 Cognome e nome: Telefono:

RISCHIO HIV - CLASSIFICAZIONE
☐ Partner eterosessuale occasionale di soggetto a rischio noto
☐ Partner eterosessuale abituale di soggetto a rischio noto
☐ Partner eterosessuale di soggetto a rischio non noto
 Data agg. standard di classificazione: 01/01/1999

DIAGNOSI ATTIVE

T.	DIAGNOSI	DATA IN	MEDICO	STRUTTURA
R	mal di denti	03/06/00	Bosco	

SOSTANZA PRIMARIA / SECONDARIE
 Drag a column header here to group by that column.

DATA AGG.	TIPO SOSTANZA	USO	VIA ASS.	DATA INIZIO	DATA FINE	FREQ. USO	NOTE
04/06/2000	Amfetamine	SECONDARIO	EV	02/06/2000	17/06/2000	Occasionale	

ATTIVAZIONE PROCESS ADHERENCE CONTROLLER (P.A.C.)

☒ Assegna categoria (P.M.C.) al cliente e attiva P.A.C.

CATEGORIA CLIENTE (P.M.C.)	DATA IN	DATA OUT
TD in metadone	10/05/2000	

Non assegnare categoria P.M.C. Attenzione: questa scelta comporta la non attivazione del controllo dei processi e l'evidenziazione di un'aderenza 0 per questo cliente!

INDIETRO

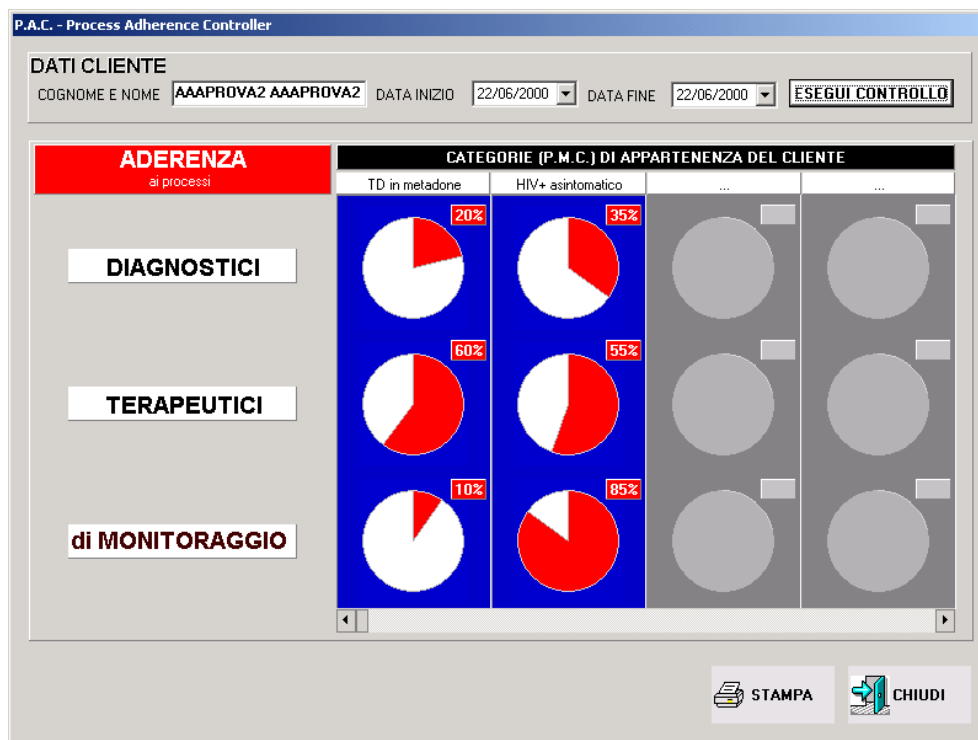


Fig. 25: Report di aderenze ai processi nel modulo P.A.C.

P.A.C. - Process Adherence Controller

PAC

REPORT DI ADERENZA AI PROCESSI

Paziente: AAAProva Categoria (P.M.C.): TD in metadone

Data inizio controllo: 20/2/2000 Data fine: 29/6/2000

ELENCO DELLE SINGOLE ATTIVITA' NON COMPLETATE

DIAGNOSTICA 20%

Strumenti/Attività	Attese	Eseguite	%
Analisi del sangue	4	2	50
Visita internistica	6	2	33
Colloquio psichiatrico	2	0	0

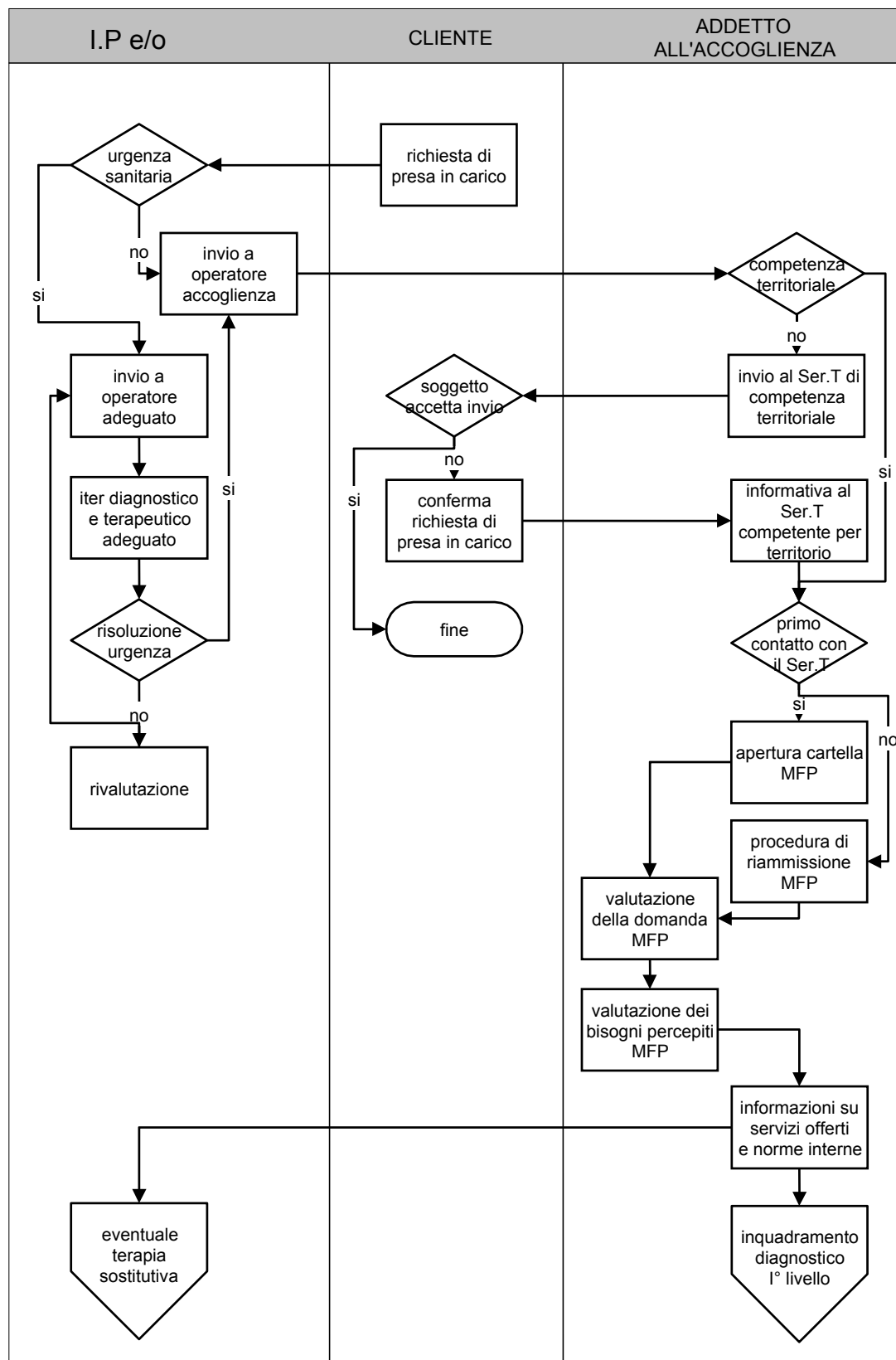
TERAPEUTICA 80%

Strumenti/Attività	Attese	Eseguite	%
Somministrazione metadone	4	2	50
Farmaci aggiuntivi	6	2	33
Fisioterapie	2	0	0

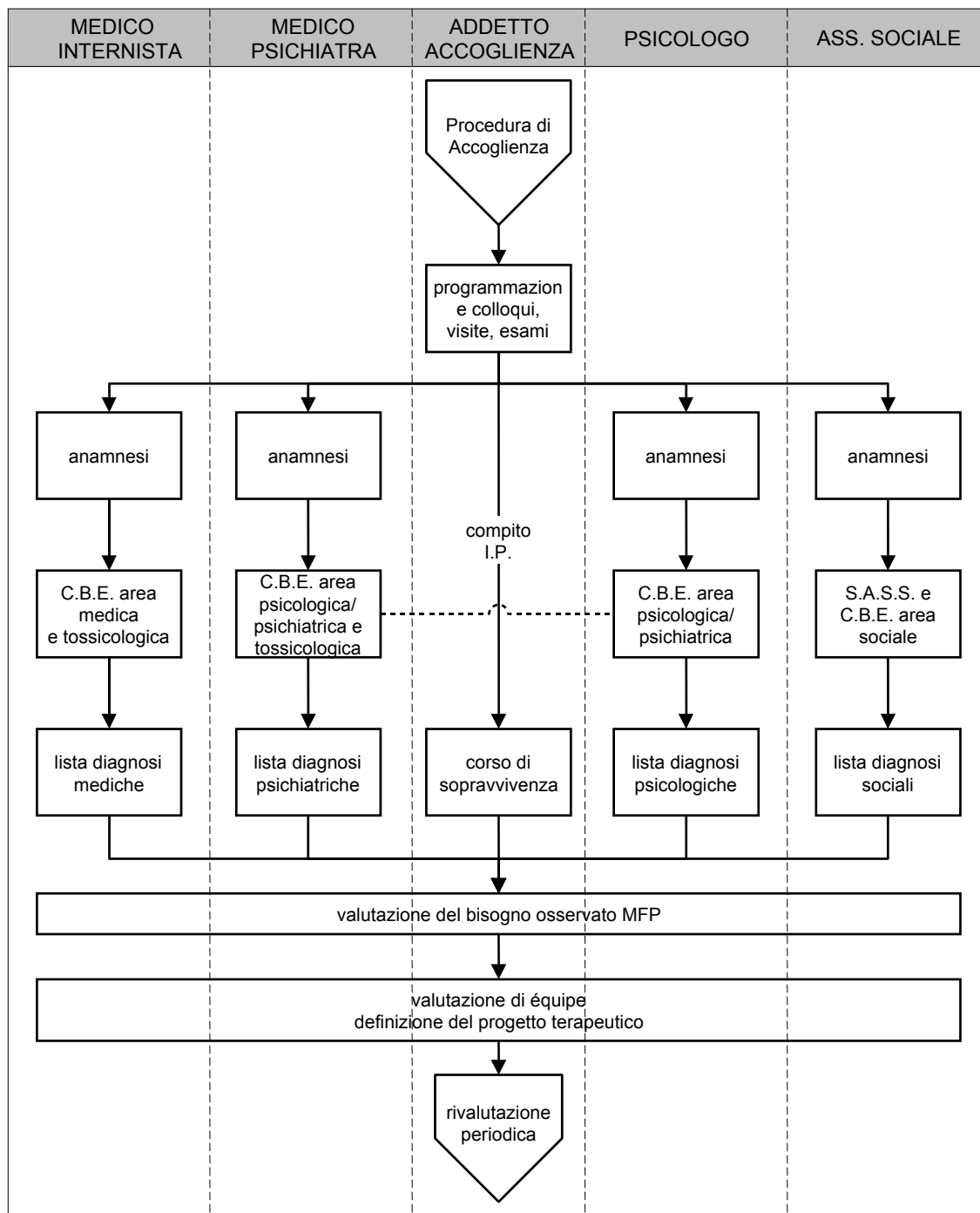
STAMPA CHIUDI



Allegato 1: Procedura WDW: Accoglienza Ser.T

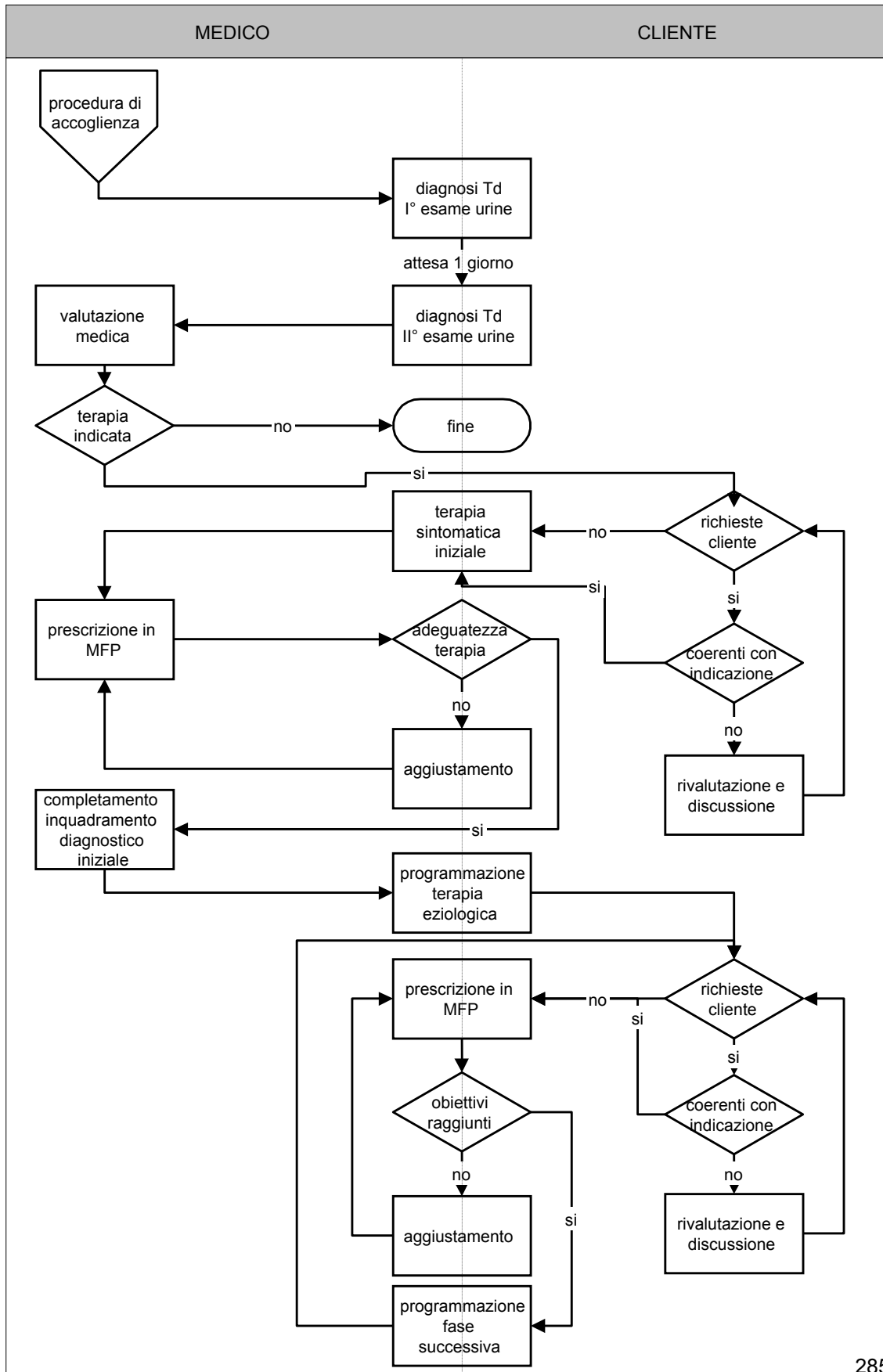


Allegato 2: Procedura WDW: Inquadramento diagnostico 1° livello Ser.T

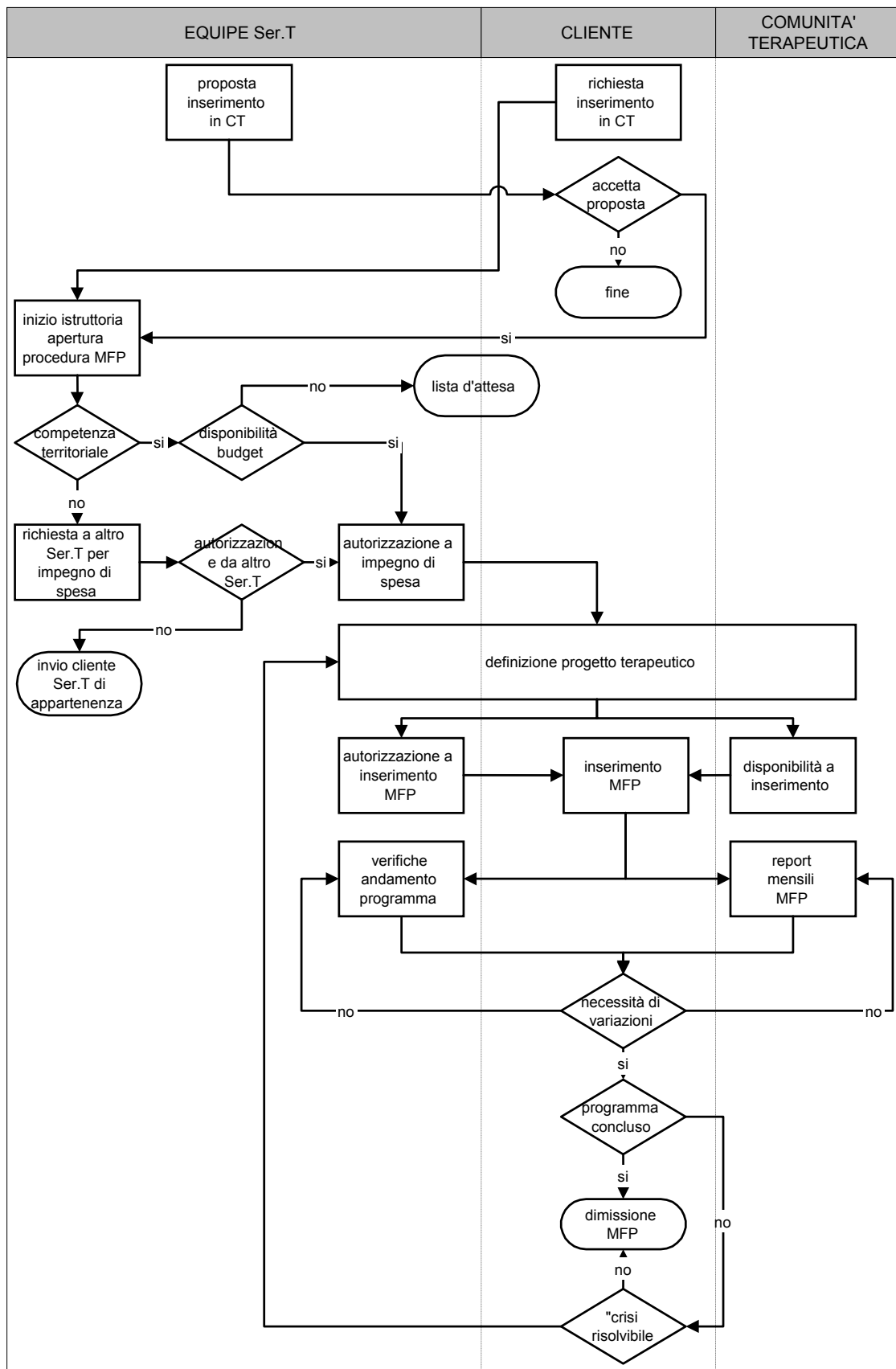




Allegato 3: Procedura WDW: Terapia farmacologica sostitutiva Ser.T

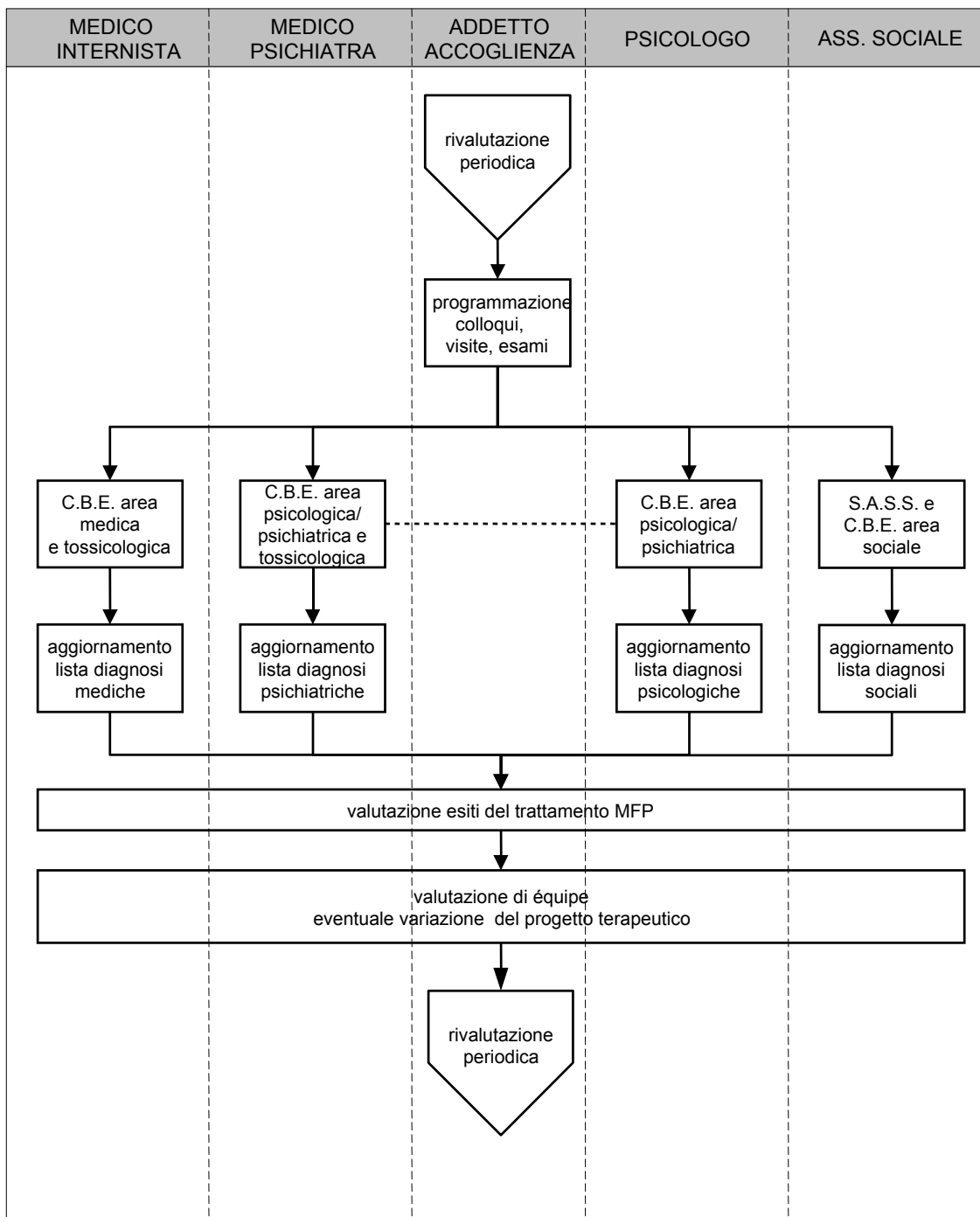


Allegato 4: Procedura WDW: Invio e monitoraggio clienti in CT

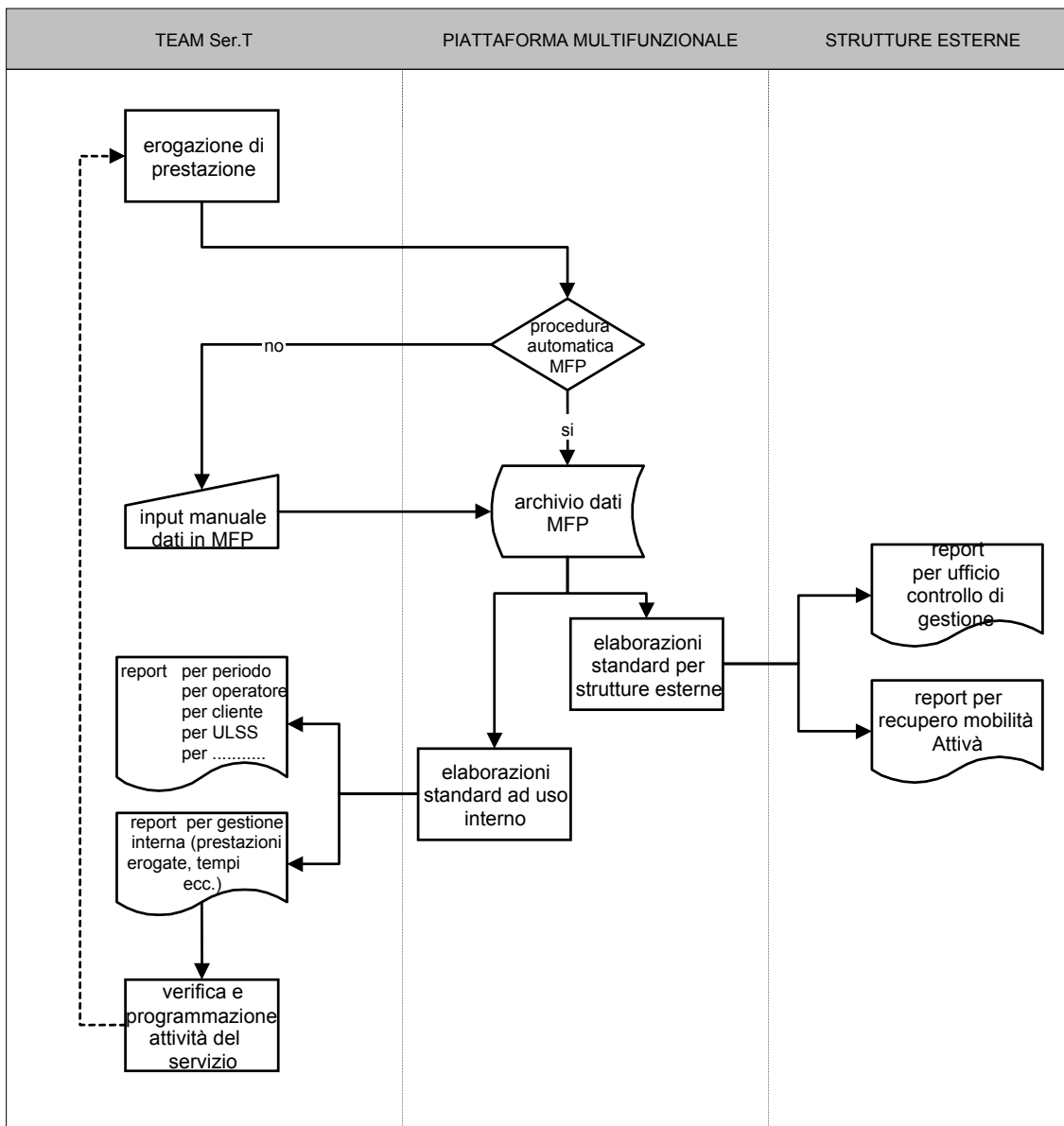




Allegato 5: Procedura WDW: Monitoraggio clinico e valutazione esiti dei trattamenti Ser.T

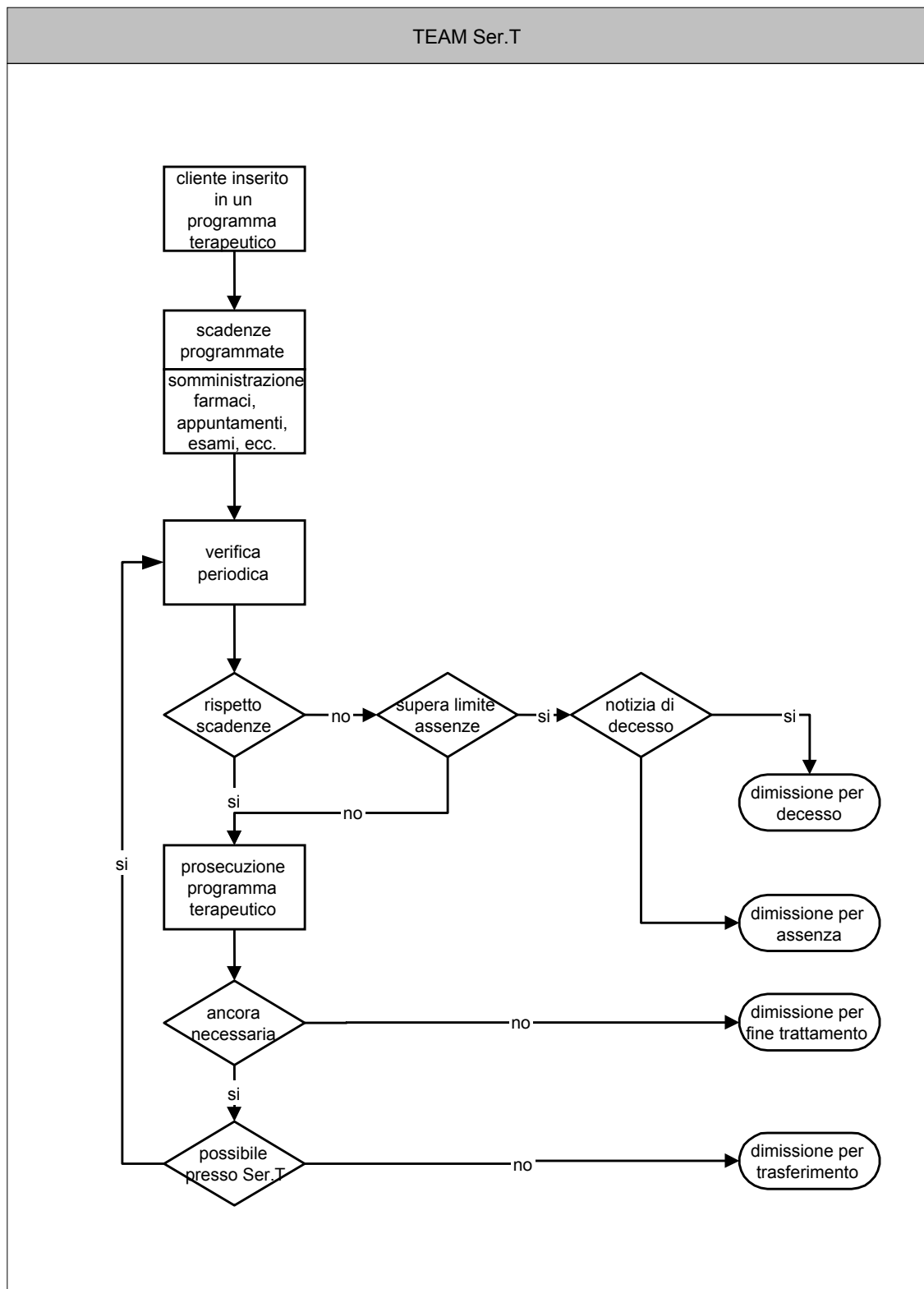


Allegato 6: Procedura WDW: Raccolta e valutazione delle prestazioni (output) Ser.T





Allegato 7: Procedura WDW: Gestione delle dimissioni Ser.T



BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. Medicina delle tossicodipendenze, Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
- Archibald R.D., (1992), "Managing high technology programs and projects", New York, Wiley
- Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Veneto, Le politiche regionali per una società libera dalle droghe, Ediz. La Grafica, Novembre 2000
- Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
- Bartezzaghi E., Spina O., e Verganti R., (1994), Nuovi modelli d'impresa e tecnologie d'integrazione, Milano: Franco Angeli
- Berbardi G., Biazzo S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
- Beretta. S, Dossi A., Meloni G., Miroglio F., Il benchmarking dei processi amministrativi, EGEA, 1999
- Bessant J., Caffyn S., (1997) "High involvement innovation through continuous improvement", International Journal of Technology Management, Vol. 14, n° 1, pagg. 7-28
- Biffi A., Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management, Economia & Management, 1997
- Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
- Boin A., Onagro E., Savodelli A., L'approccio al Business Process Reengineering nella pubblica amministrazione: il processo di acquisti della Regione dell'Umbria, Azienda Pubblica n°4, 1999
- Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000
- Borgonovi E., (1996), Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Milano: EGEA
- Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Caccia C., Longo F., L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico, Mecosan, 1995
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999
- Cartoccio A., Fabbro M., Complessità organizzativa e sviluppo manageriale, Sviluppo e Organizzazione, n°131 1992
- Casati G., Il percorso del paziente. la gestione per processi in sanità. EGEA (Università Bocconi e Giuffrè editori SpA), 2000
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Davenport T.H., (1993), Process innovation, Boston: Harvard Business school press
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1194
- Davenport T.H., Short J.E., (1990) "The new industrial engineering: information technology and business process redesign" Sloan Management Review, 17, pagg. 11-27
- Di Pietro G. e Gentili A., i percorsi dei cittadini/utenti come precursore dei processi aziendali. In "il miglioramento continuo nelle aziende sanitarie". Centro Scientifico Editore. 1999
- Di Stanislao F., Liva C., Accreditamento dei servizi sanitari in Italia, Centro Scientifico Editore, 1998
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users, emcdda, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Galbraith J., Organization design, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Hammer M., (1990), "Reengineering work: don't automate obliterate", Harvard Business Review, pagg. 104-112
- Hammer M., Champy J., (1993), Re-engineering the corporation: a manifesto for business revolution, Nicholas Brealey Publishing, Londra
- Johansson H., Mchung P., BPR: riprogettazione dei processi aziendali, Il Sole 24 Ore, 1993
- Lega F. e Motta M., "Process RE-engineering per le Aziende Sanitarie: una introduzione". Mecosan n.23. 2000
- Lombardi L., Il manuale delle procedure aziendali, Franco Angeli, 1999
- Montironi M., Genova M., Riorganizzare i servizi pubblici, Sviluppo & Organizzazione, n.167, 1998
- Morris D.C., Brandon J.S., Ripensare il business: Business Process Reengineering dal pensiero all'azione, McGraw Hill, 1993
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Onagro E., La logica per processi strumento per lo sviluppo organizzativo delle amministrazioni pubbliche. Nota - (process reengineering) SDA Bocconi, 2001
- Ongaro E., Public Administration Process Reengineering - La reingegnerizzazione dei processi strumento per l'innovazione della Pubblica Amministrazione, Economia & Management
- Ould M., Process modelling with RADS, IOPENER, vol.2, 1993



- Peppard J., Rowland P., Business Process Reengineering, Prentice Hall, 1995
- Pintus E. "La reingegnerizzazione dei processi nelle Pubbliche Amministrazioni" nota SDA Bocconi 1998
- Rachele U., Perrone V., (1997) "Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo", Economia & Management
- Rebora G., Meneguzzo M., (1990), Strategia delle amministrazioni pubbliche, Torino UTET
- Saxena KB. C., (1995), "Public Administration Re-engineeiing", Management Report Series, Erasmus University, Rotterdam
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995
- Sheer A.L., A new approach to business processes, IBM Systems Journal, vol.32, 1993
- Talwar R., (1994) "Re-engineering: a wonder drug for the 90's", in Business Process Reengineeringmyth & reality, Coulson-Thomas C. ed., pagg. 40-59
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999



BENCHMARKING DI PROCESSO

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Elisabetta Simeoni ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Da sempre il confronto delle proprie prassi con quelle di altre unità operative omogenee è da sempre fonte di arricchimento e miglioramento. L'esperienza degli "altri" molto spesso ci insegna cose molto utili se non altro per non incorrere negli stessi errori.

La teorizzazione del confronto sistematico dei processi utilizzati dalle varie aziende o unità operative, sta prendendo sempre più piede anche in sanità. Se consideriamo che l'esperienza è la sommatoria dei propri errori arricchita dalla conoscenza degli errori altrui, risulta chiaro che analizzare e valutare sistematicamente i vari processi potrà accelerare anche il processo di apprendimento esperienziale evitando di procedere per prove ed errori, che (specialmente in sanità) sono fortemente da evitare.

ALCUNE DEFINIZIONI DI BASE

Il Benchmarking di processo può essere considerato un processo di apprendimento mediante confronto continuo con altri operatori delle proprie modalità operative. È un approccio sistemico e continuo per identificare gli standard di prestazione (benchmark), confrontare se stessi con questi e identificare le prassi (practices) che permettono di diventare il nuovo standard di riferimento (new best in class) che centra l'osservazione sui processi di produzione e non solo sul prodotto (output). Il Benchmarking suggerisce strategie per conseguire un miglioramento delle performance. In sintesi, l'obiettivo principale del Benchmarking è quello di identificare le aree migliorabili e di stimolare il cambiamento. Tale cambiamento può essere raggiunto identificando ed adottando "le prassi eccellenti". Infatti il vantaggio del Benchmarking è quello che attraverso tale modalità operativa è possibile individuare le prassi che portano ad una prestazione superiore ed integrarle, dopo gli opportuni adattamenti, alla propria organizzazione. Questo processo che consente ad alcune aziende di raggiungere la leadership,

viene utilizzato per migliorare le proprie prestazioni in termini di prodotti, servizi e processi aziendali.

Secondo Robert Camp - 1996, è un confronto sistematico continuo di misurazione dei processi attraverso il confronto con aziende riconosciute leader nel proprio settore. È finalizzato a determinare i business e i processi lavorativi migliori e stabilire obiettivi razionali di performance.

Gli elementi più importanti da analizzare per il Benchmarking sono:

1. Prodotti e servizi: è opportuno analizzare le caratteristiche e le funzioni, importanti per gli utenti, definite come “obiettivi di prodotto” e metodologie di progettazione che vengono utilizzate nella pianificazione, nella progettazione e nello sviluppo del prodotto.
2. Processi aziendali: trattasi dell'elemento più importante da analizzare che funge come base per il miglioramento e la reingegnerizzazione dei processi.
3. Misure di performance: il risultato del Benchmarking su prodotti, servizi e processi consiste nell'individuare gli obiettivi delle misure di performance veramente indispensabili per il successo dell'azienda, assicurando nel contempo la loro correttezza. Pertanto qualsiasi verifica, sia a livello di pianificazione sia operativa, dovrebbe includere come argomento di discussione una presentazione dei benchmark e la valutazione dei progressi effettivamente compiuti a questi livelli.

In estrema sintesi potremmo affermare che il Benchmarking risulta utile per:

- a. la scelta e definizione delle strategie aziendali;
- b. la reingegnerizzazione dei processi aziendali;
- c. lo sviluppo di processi di miglioramento continuo dei processi aziendali (il Benchmarking aiuta lo sviluppo di cambiamenti incrementali);
- d. le attività di problem solving (come potenziamento delle attività di problem solving nei processi di sviluppo della qualità aziendale);
- e. l'attività di comparazione di efficacia e di efficienza;
- f. lo sviluppo del cambiamento (Benchmarking come catalizzatore dei processi di cambiamento in quanto evidenzia e diffonde all'interno dell'azienda nuove modalità di operare, migliori e più efficienti).

Il Benchmarking in sanità, rispetto ad altri settori pubblici, soprattutto per la presenza di un stimolo molto forte alla misurazione delle attività e grazie allo sviluppo negli ultimi anni delle pratiche del total quality Management trova un terreno fertile.

Il Benchmarking utilizza una serie di indicatori che vengono definiti “segnalatori di livello” e che sono uno standard, un punto di riferimento per misurare o valutare qualcosa. In inglese si definisce “benchmark”. Esso può esser di due tipi quantitativo (esempio: tempo, peso, costo eccetera), ma anche qualitativo (qualità delle prestazioni).

I benchmark sono utili per poter capire e confrontare i vari processi delle diverse aziende o unità operative, essi devono essere rappresentativi e valutati attraverso indicatori ed osservazioni standardizzate. La standardizzazione degli indicatori è fondamentale per poter valutare in maniera comparata le varie caratteristiche dei processi in analisi.

Tutti i partecipanti al confronto potranno così comparare in maniera standardizzata il profilo dei vari processi utilizzando indicatori quantitativi univoci.

Il Benchmarking utilizza quindi degli indicatori, definiti anche come standard di prestazione, creando un confronto per l'identificazione delle prassi migliori, al fine di arrivare a definire un nuovo standard di riferimento (new best in class). Con il termine “prassi” devono essere intese le modalità organizzative e gestionali di una azienda che rendono possibile da un input produrre un output.

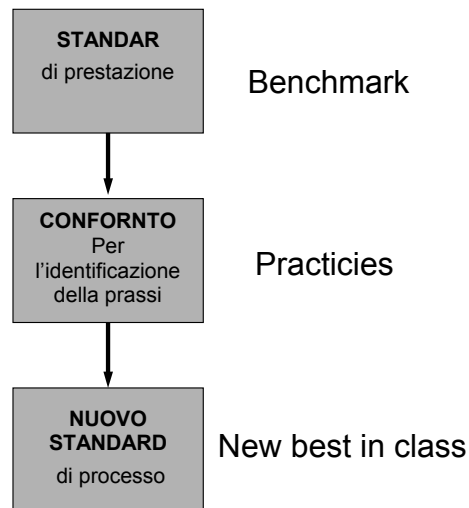
Oggetti della valutazione ed il confronto quindi nel processo di Benchmarking, sono i



processi aziendali sia di tipo assistenziale che gestionale.

Con il termine processo si deve intendere la sequenza strutturata di attività (operazioni) per raggiungere un output definito anche “prodotto”.

Fig. 1: La ridefinizione degli standard secondo una logica di Benchmarking



**Modalità organizzative e gestionali di una azienda che rendono possibile da input produrre output*

È utile ricordare che le componenti dell’output (prodotto) sono sia la prestazione tecnica sanitaria (core) ma anche le condizioni di cessione e di immagine in cui tale prestazione tecnica viene erogata, che sono in grado di condizionare la percezione del cliente sulla bontà della prestazione stessa (pheripherals).

È utile ricordare inoltre che le tre principali componenti della qualità sono la qualità professionale, la qualità relazionale e la qualità tecnica e che queste tre componenti sono fortemente influenzate dai processi che le generano.

Lo studio e l’ottimizzazione dei processi, anche attraverso il Benchmarking, fa parte del Businnes Process Reengineering.

TIPOLOGIE DI BENCHMARKING

Esistono diverse tipologie di Benchmarking in base alle modalità di confronto e all’oggetto di confronto:

- “Benchmarking interno”, quando il confronto avviene tra unità operative della stessa Azienda;
- “Benchmarking competitivo o strategico”, se il confronto dello stesso processo avviene tra aziende in competizione tra loro;
- “Benchmarking funzionale di processo”, il confronto dei processi simili ma all’interno di settori diversi;
- “Benchmarking generico o sui processi generici”, il confronto con prassi e processi diversi da quelli di indagine al fine di trarne indicazioni generali di procedura;

- “Benchmarking international”, il confronto tra aziende o unità operative di diversi stati.

OBIETTIVI DEL BENCHMARKING

I principali obiettivi del Benchmarking di processo sono quindi quelli di confrontare, migliorare i processi e valutarne l'impatto. Gli obiettivi specifici possono essere così sintetizzati:

1. Eseguire un confronto sui costi di produzione e i risultati (output, outcome) delle varie prassi in uso.
2. Identificare la prassi più efficace e meno costosa.
3. Analizzare i processi produttivi e le prassi che si sono dimostrate migliori.
4. Comprendere le differenze e le “idee brillanti” degli altri produttori partecipanti al confronto.
5. Identificare le correzioni da apportare ai propri processi.
6. Personalizzare e adeguare le soluzioni migliori ai propri processi.
7. Applicare e verificare l'efficacia delle nuove soluzioni.

IL PROCESSO DI BENCHMARKING

Nel definire i confronti tra i processi oggetto di analisi è indispensabile utilizzare una metodologia che prevede una sequenza preordinata di azioni. La sequenza normalmente usata è la seguente:

1. Indicare l'oggetto di analisi.
2. Indicare il partner cioè il gruppo di lavoro trasversale con cui si intende fare il confronto dei processi.
3. Ricostruire il processo in analisi identificando chiaramente:
 - compiti;
 - mappatura (inizio e fine del processo);
 - aree critiche;
 - indicatori di performance (misure e modalità standard di raccolta, elaborazione ed analisi).
4. Rilevare delle informazioni e attraverso uno specifico questionario o check-list.
5. Analizzare i dati.
6. Stesura del rapporto finale dove vengono chiaramente identificate:
 - matrici di posizionamento (cluster);
 - l'identificazione delle caratteristiche strutturali/logistiche in grado di incidere sugli indicatori di performance;
 - correlazione tra prassi e performance.
7. Identificazione dei “rimedi”, e delle azioni da introdurre per migliorare i processi.
8. Applicazione dei rimedi.
9. Valutazione dei risultati.

Questa sequenza di azioni rappresenta il processo di Benchmarking classico che si dovrebbe ripercorrere ogni qualvolta si voglia confrontare un processo tra varie unità operative.

Entreremo ora nel dettaglio di alcune importanti fasi.



1. Indicare l'oggetto di analisi

In questa fase è molto importante definire l'area critica da migliorare e quali processi standard siano da analizzare e definire nel dettaglio. È necessario definire i confini del processo in analisi identificando precisamente l'inizio e la fine di tale processo. Questa operazione non è semplicissima e non è da considerare scontata. Lo strumento che può esserle utile al fine di rappresentare schematicamente e graficamente i processi può esser quello di una mappatura attraverso algoritmi logici e procedure WDW, attraverso i quali è possibile ricostruire le attività, i compiti e le varie responsabilità (vedi figure).

2. Indicare i partner (gruppo di lavoro trasversale)

In questa fase del processo è indispensabile identificare chiaramente chi sono i partner con i quali eseguire il confronto creando quindi una network che permetta di scambiarsi sistematicamente informazioni attraverso metodologie chiare, condivise e trasparenti.

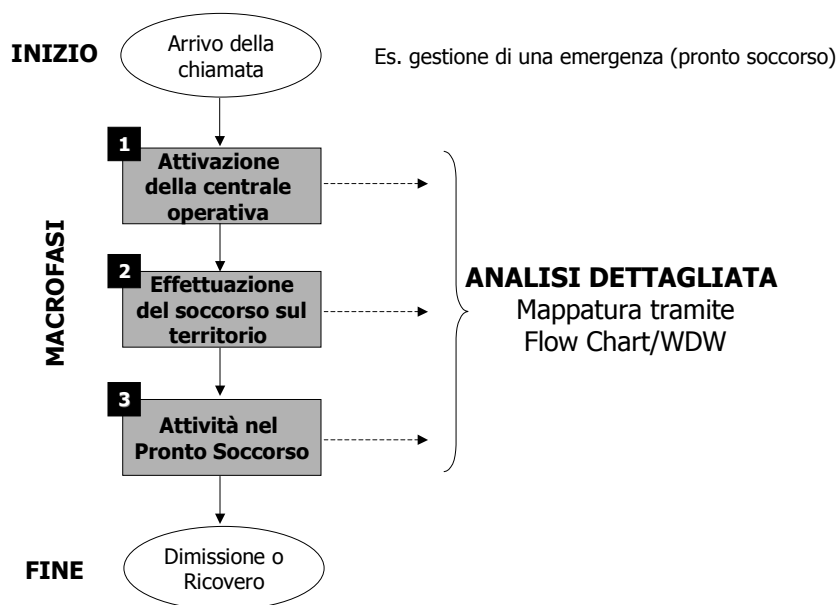
Questo gruppo trasversale di lavoro necessariamente dovrà essere formale ed avere una forte committenza dalla direzione aziendale al fine di poter produrre proposte ed un miglioramento dei processi che siano in grado di impattare realmente sulle procedure aziendali.

3. Ricostruzione del processo

È indispensabile ricostruire il processo definendo molto precisamente l'evento iniziale che determina la partenza del processo e l'evento finale che ne definisce l'estinzione.

Una buona tecnica è quella di dividere il processo in "macro fasi" e successivamente "esplodere" ed analizzare le singole macro fasi nei particolari. Al fine di poter confrontare il processo e le varie fasi è indispensabile identificare e concordare con il gruppo trasversale gli indicatori su cui poi confrontarsi. L'uso di diagrammi di flusso e di matrici compito/responsabilità - WDW, può essere molto utile in questa fase. L'analisi e la rappresentazione dei processi passa infatti attraverso la costruzione di algoritmi che permettano di formalizzare la sequenza delle azioni in una rappresentazione estremamente comunicativa, facilmente controllabile e modificabile in caso di future esigenze.

Fig. 2: La ricostruzione delle microfasi

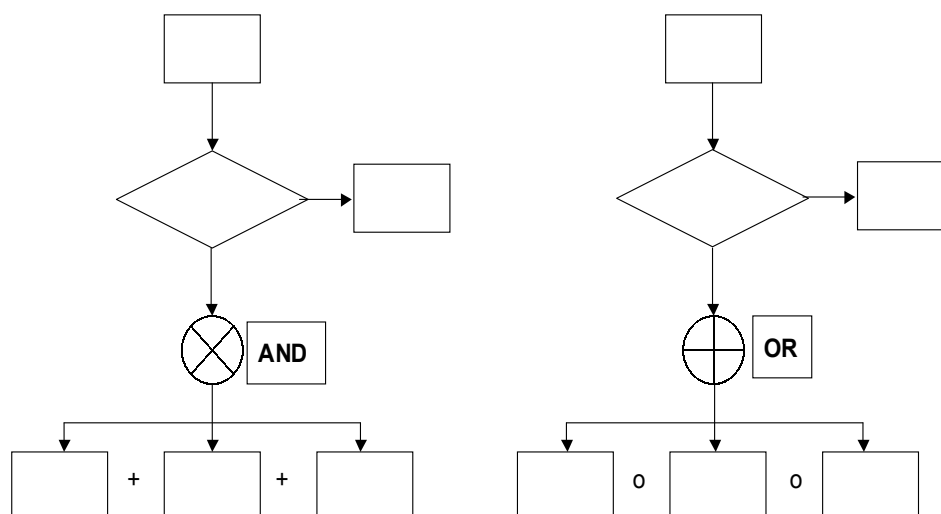


Per poter rappresentare un processo attraverso flow chart è possibile utilizzare una simbologia universalmente riconosciuta che viene riportata in seguito.

Fig. 3: Rappresentazione del processo attraverso Flow Chart



Fig. 4: Rappresentazione delle attività contemporanee e alternative



Accoglienza	Caposala	Medico	Segreteria	Controllo di gestione

1. processo di accoglienza clienti (accettazione, archiviazione, informazione , primo contatto con l'operatore che, eccetera);
2. processo inquadramento diagnostico standard di primo livello;
3. processo terapeutico farmacologico sostitutivo standard di primo livello;
4. processo di invio e monitoraggio clienti in comunità terapeutica;
5. processo di monitoraggio clinico e degli esiti dei trattamenti (valutazione dell'outcome);
6. processo di raccolta e valutazione delle prestazioni (valutazione dell'output);
7. processo di dimissione.

299

IL GRUPPO DI LAVORO NEL BENCHMARKING

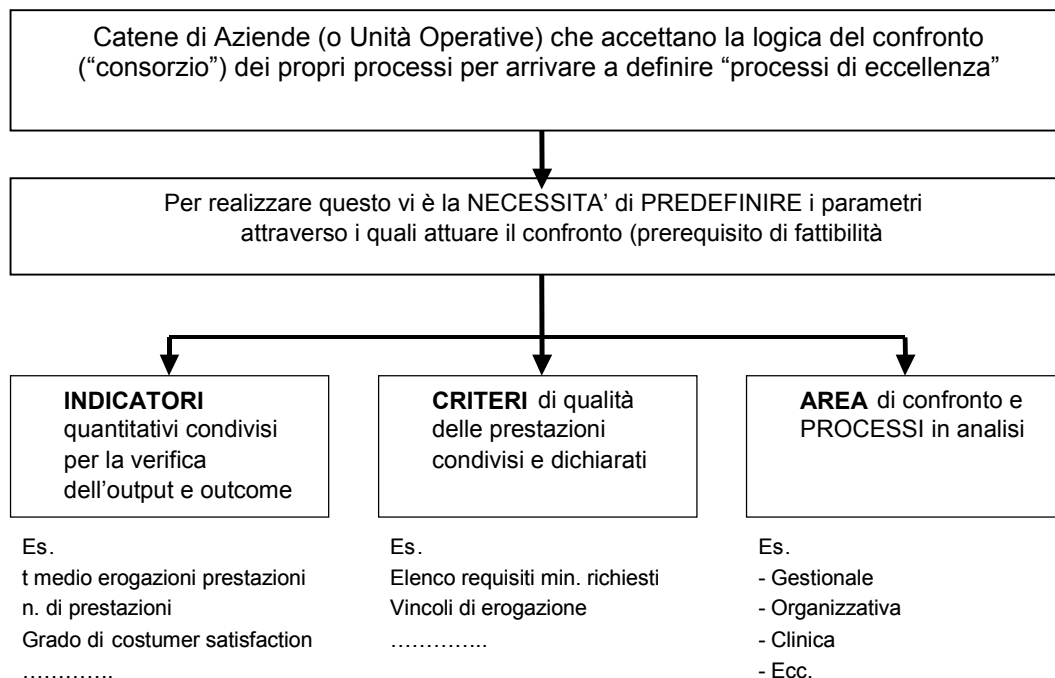
Un'importanza strategica riveste la formazione e la formalizzazione del gruppo di lavoro che si dovrà occupare dei confronti sui processi.

È necessario che le persone coinvolte siano le più rappresentative ed impegnate nelle attività di interesse del Benchmarking e che abbiano un buon mix di competenza e professionalità. Gli operatori dovranno essere coinvolti quindi solo se ben motivati. Sono da escludere quindi coinvolgimenti sulla base di ordini di servizio o forzati in quanto creerebbero un clima controproducente per la buona riuscita dell'analisi. Gli operatori dovrebbero essere in possesso di elevata conoscenza dei processi e delle attività, dei flussi e dei canali operativi da confrontare ed ottimizzare. Sono quindi da escludere coinvolgimenti di persone non competenti e non coinvolte nelle attività da ottimizzare. Un'altra caratteristica necessaria per entrare nel gruppo di lavoro è che ci sia un alto grado di autonomia e cioè che le persone coinvolte siano in grado di lavorare da sole.

Da tutto ciò dipende la fattibilità dell'analisi di Benchmarking, tale fattibilità aumenterà ulteriormente se il clima organizzativo è fortemente orientato al problem solving e l'organizzazione tende quindi ad analizzare i propri problemi in una logica non di identificazione delle colpe, ma alla reale soluzione concreta dei vari problemi in una logica di miglioramento costante della qualità.

Il gruppo di lavoro può essere composto da varie unità operative della stessa Azienda, ma anche da gruppi di aziende diverse. In questo caso si parlerà di network di Benchmarking e cioè di gruppi di aziende che accettano la logica del confronto ("consorzio") dei propri processi per arrivare a definire "processi di eccellenza" e migliorare il prodotto.

Fig. 6: Il Network di Benchmarking





Il network di Benchmarking può esser realizzato solo se si definiscono chiaramente i parametri attraverso i quali attuare il confronto. Questo è un prerequisito di fattibilità indispensabile che prevede la definizione di tre fondamentali aspetti: indicatori, criteri di qualità e aree di confronto dei processi in analisi.

Gli indicatori devono essere quantitativi, condivisi ed orientati alla verifica dell'output e dell'outcome. Es.: il tempo medio di erogazione delle prestazioni, il numero di prestazioni, il grado di customer satisfaction.

I criteri di qualità delle prestazioni devono essere condivisi e predichiarati. Es.: elenco dei requisiti minimi richiesti, vincoli di realizzazione per l'erogazione delle prestazioni eccetera.

L'area di confronto dei processi in analisi deve essere bene identificata di modo da non confondere aree diverse. Es.: area gestionale, organizzativa, clinica eccetera.

I BENCHMARK (INDICATORI)

La valutazione di un processo assistenziale passa attraverso la risposta di sei domande chiave:

1. Quanto è facile o difficile accedere alla fruizione del processo e quante persone bisognose vengono incluse e/o escluse?
2. Quanto tempo bisogna aspettare per iniziare e quanto tempo si impegna a terminare il processo?
3. Quante prestazione vengono mediamente fatte sul cliente del processo in analisi per raggiungere il risultato e con che qualità tecnica relazionale?
4. Quanto è complesso realizzare tecnicamente e logisticamente quel processo e quindi che fattibilità concreta presenta?
5. Quanto concretamente risolve o riduce i problemi di salute del nostro cliente?
6. Quanto costa erogare un processo di questo tipo?

Ad ognuna di queste domande corrisponde quindi un indicatore che può essere facilmente associato per valutare un processo. L'identificazione di indicatori ben definiti risulta quindi indispensabile per poter poi trasmettere tali indicatori ai vari partecipanti al gruppo di lavoro i quali potranno andare a valutare queste variabili nei propri processi e quindi confrontarle con quelli degli altri partecipanti al gruppo di lavoro.

Gli indicatori più utilizzati per valutare un processo sono: accessibilità al processo (n. di fruitori/bisognosi, giudizio del cliente), tempi di erogazione delle prestazioni (tempi di attesa, tempi produttivi), numero di prestazioni erogate (densità prestazionale, qualità delle prestazioni), fattibilità e complessità (giudizio dell'operatore addetto), esiti prodotti (soddisfazione del cliente, grado di salute aggiunta, grado di patologia evitata - outcome), costi (costo/die assistenza, costo/unità di prodotto).

In altre parole quello che si vuole definire è il "migliore" processo assistenziale esistente e cioè quello con la più alta accessibilità, erogato il più precocemente possibile, con una giusta densità prestazionale, efficace e soddisfacente per il cliente, di bassa complessità operativa, al minor costo per l'azienda e il cliente.

Fig. 7: Esempio di Indicatori specifici

IL CONFRONTO STANDARDIZZATO

Per poter attuare agevolmente un confronto che sia valido e rappresentativo, esso dovrà essere standardizzato utilizzando quindi indicatori e misure uguali per tutte le unità operative. Ciascuna unità operativa dovrà quindi fornire una serie di valori indicatore preconcordati in modo da poter confrontare tali valori tra le varie unità operative. Si dovrà produrre quindi una analisi al fine di comprendere le differenze con evidenziazione nei diversi gradi di performance. Molto utili a questo scopo sono risultate le “matrici di posizionamento” delle singole unità operative.

La matrice di posizionamento è una matrice grafica a doppia entrata in (x, y) in grado di rappresentare la posizione delle aziende rispetto degli indicatori preconcordati. Attraverso questa matrice è possibile collocare l'azienda in osservazione all'interno di quattro quadranti definiti dall'intersezione delle medie (o mediane) degli indicatori in analisi sulle varie aziende.

La correlazione logica fra indicatori a matrice (x, y) segue dei criteri di cross over qui riportati:

1. La relazione tra gli indicatori deve evidenziare un “posizionamento” rispetto ad una “mappa” che permetta di comprendere dove si trova l'unità operativa rispetto all'asta di unità operative in esame.
2. La relazione tra i due indicatori dev'essere a “funzione”: $\text{indicatore } a = f(\text{indicatore } b)$ quindi con l'esistenza di collegamenti logici tra i due indicatori. Esempio:
 - a) numero di prestazioni/f/numero di pazienti in carico;
 - b) numero di pazienti in carico/f/numero di popolazione residente;
 - c) numero di operatori/f/numero di pazienti in carico;
 - d) numero di prestazioni/f e/numero di operatori.



Fig. 8: Matrici di posizionamento

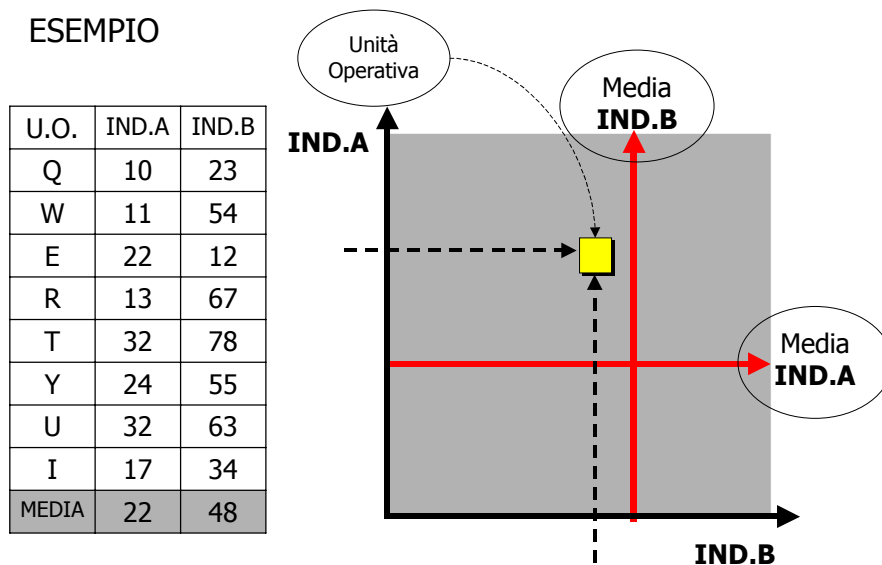
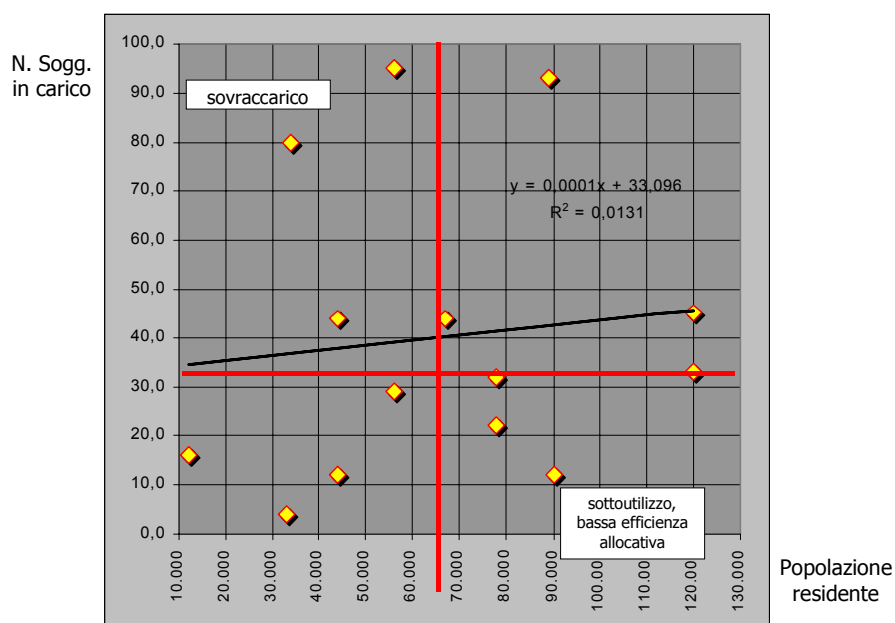


Fig. 9: Matrici di posizionamento



- la "risultante" del cross over degli indicatori (indicatore a/ indicatore b) è un "indice di performance" dell'unità operativa (esempio: rispondenza ai bisogni, economicità,

efficienza produttiva, capacità attrattiva.....).

4. il punto di cross over dell'indicatore si può posizionare:
 - a) sopra o sotto la media dell'indicatore sulle x;
 - b) a destra o a sinistra della media dell'indicatore sulle y;
 definendo così il "posizionamento" di area delle unità operative.

L'analisi di posizionamento può esser fatta anche con dei Ranks (classifica) assoluti sugli indicatori delle unità operative per singolo processo in esame.

Fig. 10: Ranks assoluti su indicatori delle unità operative per singolo processo in esame

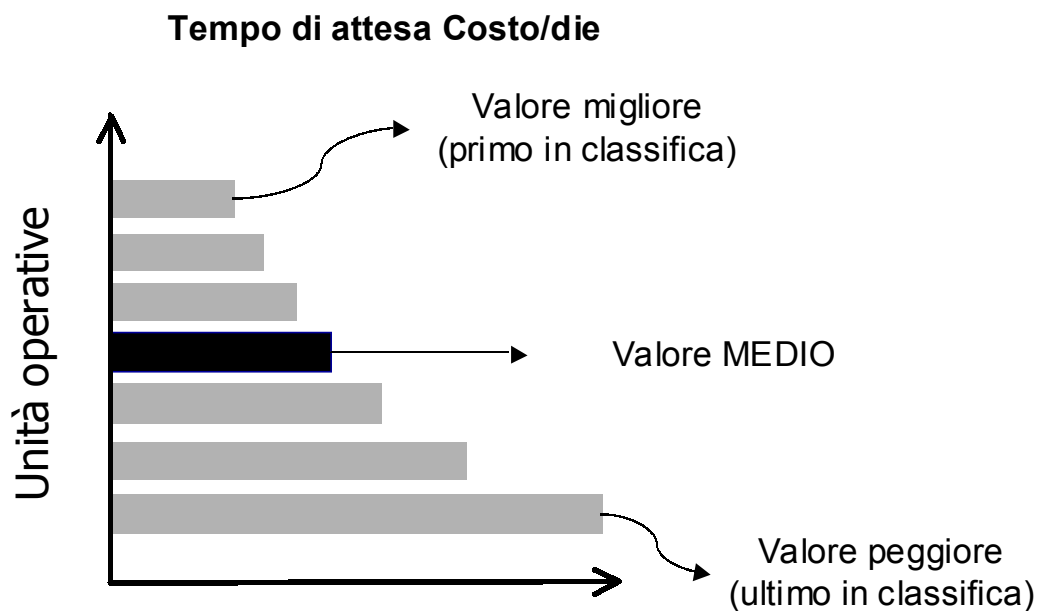


Fig. 11: Ranks assoluti su indicatori delle unità operative per singolo processo in esame

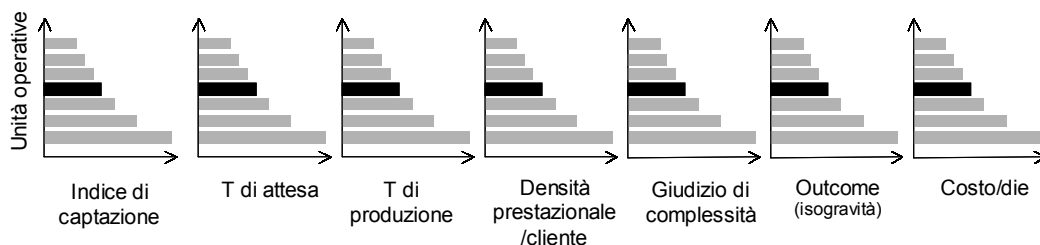
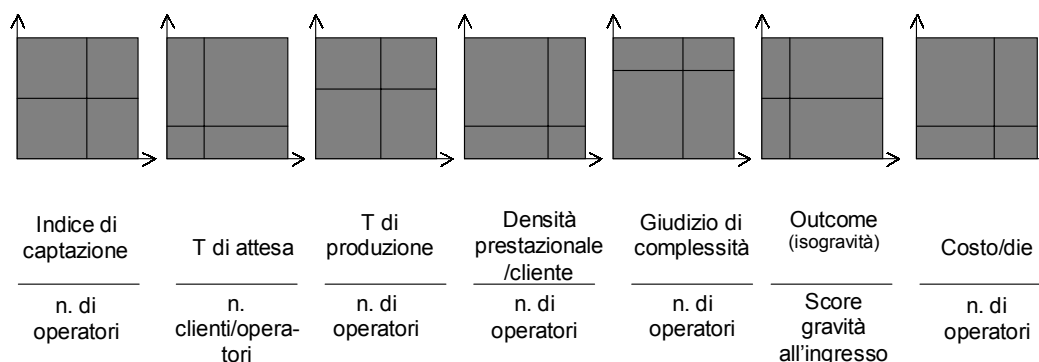




Fig. 12: Matrici di posizionamento (x,y): indicatori standardizzati su variabili standard



CONCLUSIONI

Il confronto tra processi che si può ottenere utilizzando queste tecniche, può sembrare a prima vista complesso, in realtà non lo è e questo lo si potrà constatare procedendo praticamente con i lavori ed entrando in operatività. Una volta compresa la modalità di approccio e coordinato il team working, chiarendo le regole del gioco e i compiti, si potrà agevolmente procedere all'applicazione di queste tecniche che sono alla portata di qualsiasi team.

Il vantaggio principale sarà quello di poter confrontarsi con metodo e una osservazione standardizzata, con altri operatori, realizzando così una apertura culturale in ambito professionale estremamente vitale ed importante anche per i dipartimenti delle dipendenze. È indubbio infatti che il confronto così realizzato è in grado di far innalzare il livello di qualità dei processi e di conseguenza le prestazioni rese al cliente, ultimo (ma non ultimo) beneficiario di questo sforzo organizzativo che dovrebbe coinvolgere tutte le componenti dell'U.O. e non solo gli "illuminati".

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
- Assessorato alle Politiche Sociali delle Regione Veneto, Le politiche regionali per una società libera dalle droghe, Ediz. La Grafica, Novembre 2000
- Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
- Berbardi G., Biazzo S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
- Beretta. S, Dossi A., Meloni G., Miroglio F., Il benchmarking dei processi amministrativi, EGEA, 1999
- Bergamaschi M. "Il Benchmarking in sanità". SDA Bocconi 2001
- Biffi A., Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management, Economia & Management, 1997
- Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
- Bocchino U. "Tipologie, riflessi strutturali e connotazioni strategiche" "Manuale di Benchmarking" Giuffrè Editore. 1998
- Boin A., Onagro E., Savoldelli A., L'approccio al Business Process Reengineering nella pubblica amministrazione: il processo di acquisti della Regione dell'Umbria, Azienda Pubblica n°4, 1999
- Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000
- Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Caccia C., Longo F., L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico, Mecosan, 1995
- Camp R. "Business process Benchmarking- Trovare le migliori prassi vincenti". Editoriale Itaca.1996
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999
- Cartoccio A., Fabbro M., Complessità organizzativa e sviluppo manageriale, Sviluppo e Organizzazione, n°131 1992

- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1994
- Di Stanislao F., Liva C., Accreditamento dei servizi sanitari in Italia, Centro Scientifico Editore, 1998
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drus users, emcdda, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Galbraith J., Organization desing, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Grilli R., Penna A.e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Johansson H., Mchung P., BPR: riprogettazione dei processi aziendali, Il Sole 24 Ore, 1993
- Lombardi L., Il manuale delle procedure aziendali, Franco Angeli, 1999
- Morris D.C., Brandon J.S., Ripensare il business: Business Process Reengineering dal pensiero all'azione, McGraw Hill, 1993
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Ongaro E., Public Administration Process Reengineering - La reingegnerizzazione dei processi strumento per l'innovazione della Pubblica Amministrazione, Economia & Management
- Ould M., Process modelling with RADS, IOPENER, vol.2, 1993
- Peppard J., Rowland P., Business Process Reengineering, Prentice Hall, 1995
- Ruffini R. "Il Benchmarking nella sanità pubblica" Tratto Mecosan n. 12 del 1994
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995
- Sheer A.L., A new approach to business processes, IBM Systems Journal, vol.32, 1993
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999



BUDGET OPERATIVO

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Elisabetta Simeoni ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Prima di parlare del budget operativo è necessario chiarire alcuni concetti di fondo relativamente all'azienda socio-sanitaria. Con questo termine si deve intendere un insieme ordinato di risorse (umane, finanziarie, tecnologiche) organizzato al fine di raggiungere obiettivi di salute. L'azienda sanitaria è caratterizzata da: durabilità, unitarietà, autonomia intesa come capacità di sopravvivenza nel lungo periodo senza ricorso patologico a terze autonomie.

L'Azienda è inserita in un ambiente di riferimento da dove acquisisce risorse (input) e sul quale opera restituendo prestazioni (output).

Nel prendere in considerazione l'azienda socio-sanitaria è necessario considerare che essa può essere diversamente definita in base alle varie visioni: la visione sistemica, dove l'ambiente assume un'importanza rilevante, la visione organizzativa (più centrata sulla struttura interna) la visione attraverso i processi produttivi, che analizza particolarmente le operazioni e le modalità produttive che determinano le attività della azienda stessa (Mintzberg 1985, Borgonovi 1988).

Schematicamente potremmo rappresentare l'Azienda socio-sanitaria con alla figura sottostante.

L'azienda sanitaria viene vista come un sistema produttivo che necessita di una programmazione ed un controllo delle proprie attività. Il controllo può avere vari livelli di applicazione e in base a dove si esplica assume diversi significati e modalità operative. L'azienda, come le unità operative, ha bisogno di precisi meccanismi di controllo.

Esistono varie forme di controllo (Borgonovi 1988, 1990). Il controllo di tipo burocratico avviene prevalentemente sulle risorse con la creazione di vincoli per utilizzare le risorse stesse (autorizzazioni, permessi, ecc.).

Il controllo mediante standardizzazione dei processi avviene invece nei processi interni della azienda stessa mediante un'operazione di omogeneizzazione delle modalità operative.

Il controllo di gestione avviene di solito sui prodotti dell'azienda (output) al fine di verificare rapporto tra risorse impiegate e prestazioni rese oltre che gli esiti prodotti.

Fig. 1: L'azienda socio-sanitaria

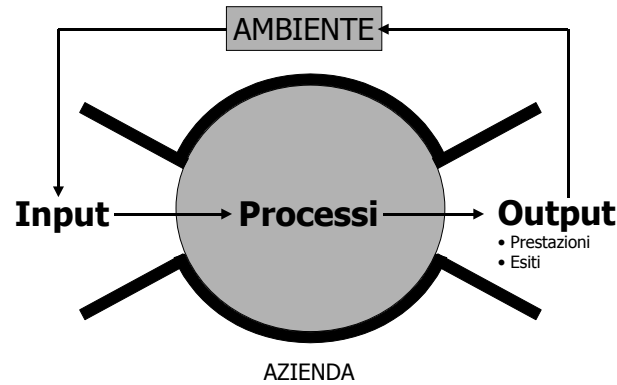
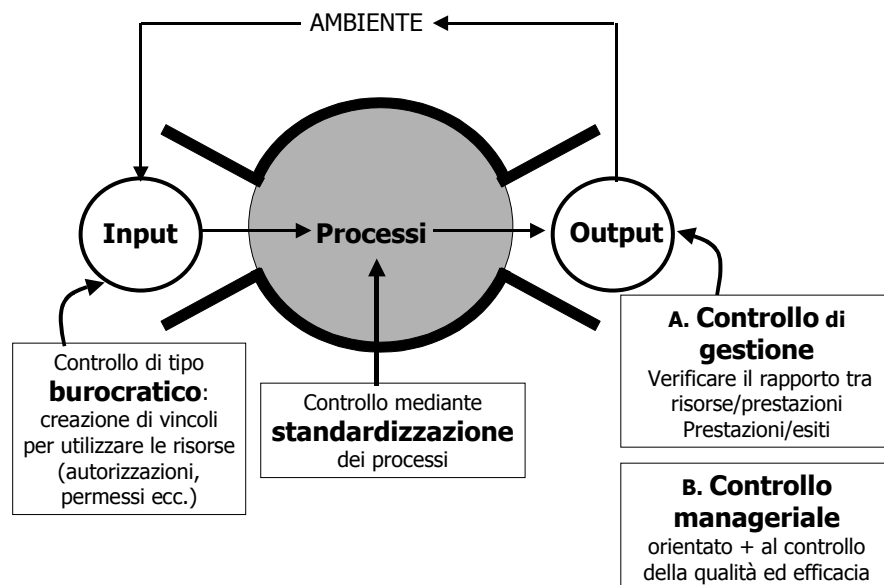


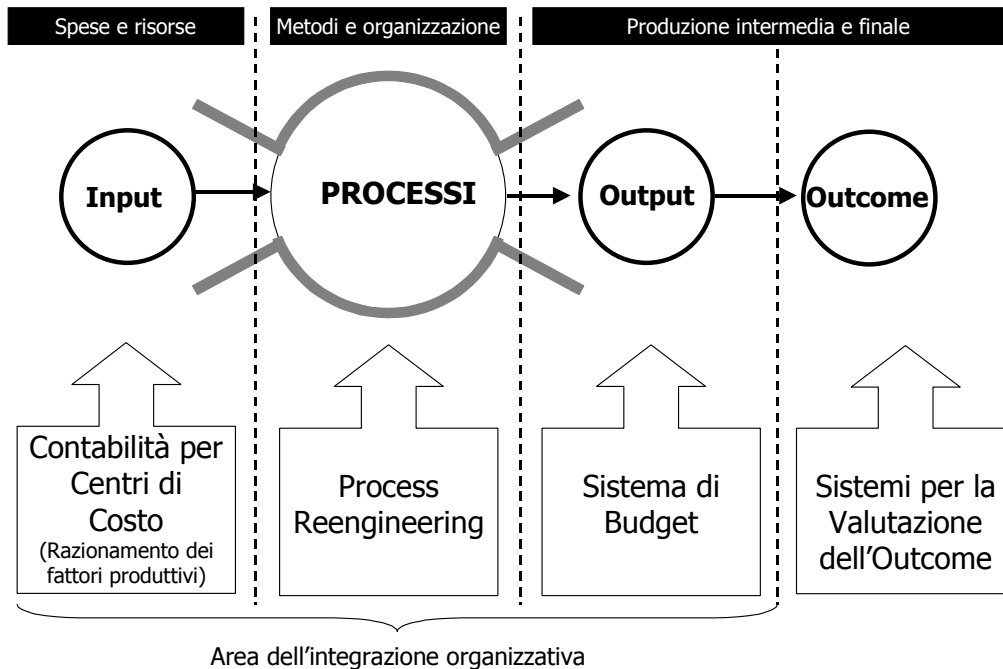
Fig. 2: Tipi di controllo





Un quarto ordine di controllo può esser quello che viene definito “manageriale” e cioè più orientato al controllo della qualità dell’efficacia.

Fig. 3: Strumenti di controllo



Vi sono molti fattori condizionanti il funzionamento aziendale, in particolare se ne riconoscono tre:

1. la struttura organizzativa, che rappresenta lo “scheletro” dell’organizzazione;
2. i meccanismi operativi, cioè le regole di funzionamento che potremmo considerare come i “muscoli” dell’organizzazione;
3. la distribuzione del potere organizzativo e cioè i rapporti sociali, quelli che in altre parole possono esser definiti “generatori” del potere (autorità formale, posizione gerarchica), lo stile direzione (es.: autoritario, partecipativo ecc.).

Con il termine “meccanismi operativi” si devono intendere le regole di funzionamento dell’organizzazione esplicite e formali. Introdurre i meccanismi operativi vuol dire fare in modo che le decisioni siano meno discrezionali, più coerenti con gli obiettivi dell’azienda trasparenti sui criteri e nella modalità di scelta. Non fanno parte dei meccanismi operativi le consuetudini e le abitudini (anche se consolidate e diffuse), ma non esplicite e formali.

Il “potere organizzativo” è invece la capacità di poter influenzare le decisioni all’interno dell’azienda. Il grado di potere dipende dall’autorità (grado istituzionale/posizione gerarchica), dall’autorevolezza (riconoscimento all’interno dell’organizzazione anche indipendentemente dalla posizione gerarchica) e dallo stile di direzione (come si esercita il potere organizzativo).

È utile ricordare che non esiste un unico tipo di Azienda “ideale”. Quindi non esiste un unico tipo di controllo ideale. Tutte le aziende sono diverse. La loro diversità dipende

dall'ambiente in cui sono inserite e dalla presenza/qualità delle risorse interne in grado di sviluppare e realizzare interventi performanti rispetto ai bisogni dell'ambiente.

L'Azienda ottimale è comunque l'azienda sanitaria che riesce ad integrare i tre livelli portanti: la struttura organizzativa, i meccanismi operativi, la distribuzione del potere e quelle che potremmo definire i rapporti "sociali" all'interno dell'azienda. Il tutto coerentemente con la strategia aziendale e cioè con i valori e le finalità che la stessa Azienda si è data.

Risulta chiaro che con l'evoluzione dei sistemi aziendali le competenze del dirigente dedicato all'assistenza in ambito sanitario sono di due tipi: cliniche e gestionali.

Le prime sono competenze di base/conoscenze specifiche e di management in ambito clinico. Le seconde riguardano più specificatamente la gestione delle risorse, l'organizzazione, le competenze amministrative/contabili, di management operativo e di capacità di collaborazione in staff.

Fig. 4: L'azienda socio-sanitaria attraverso il processo produttivo

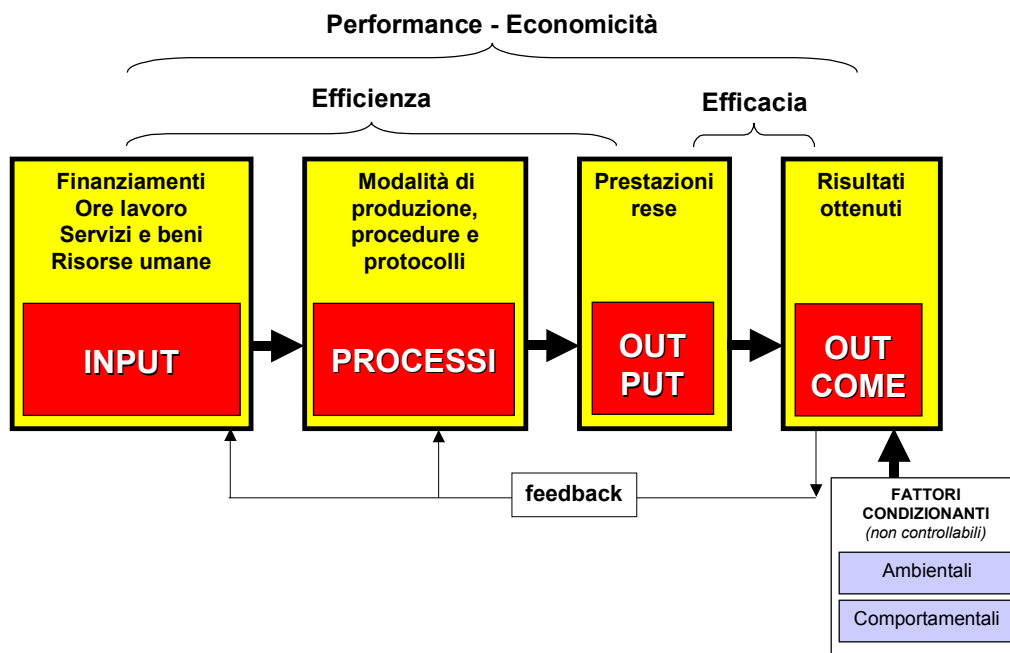
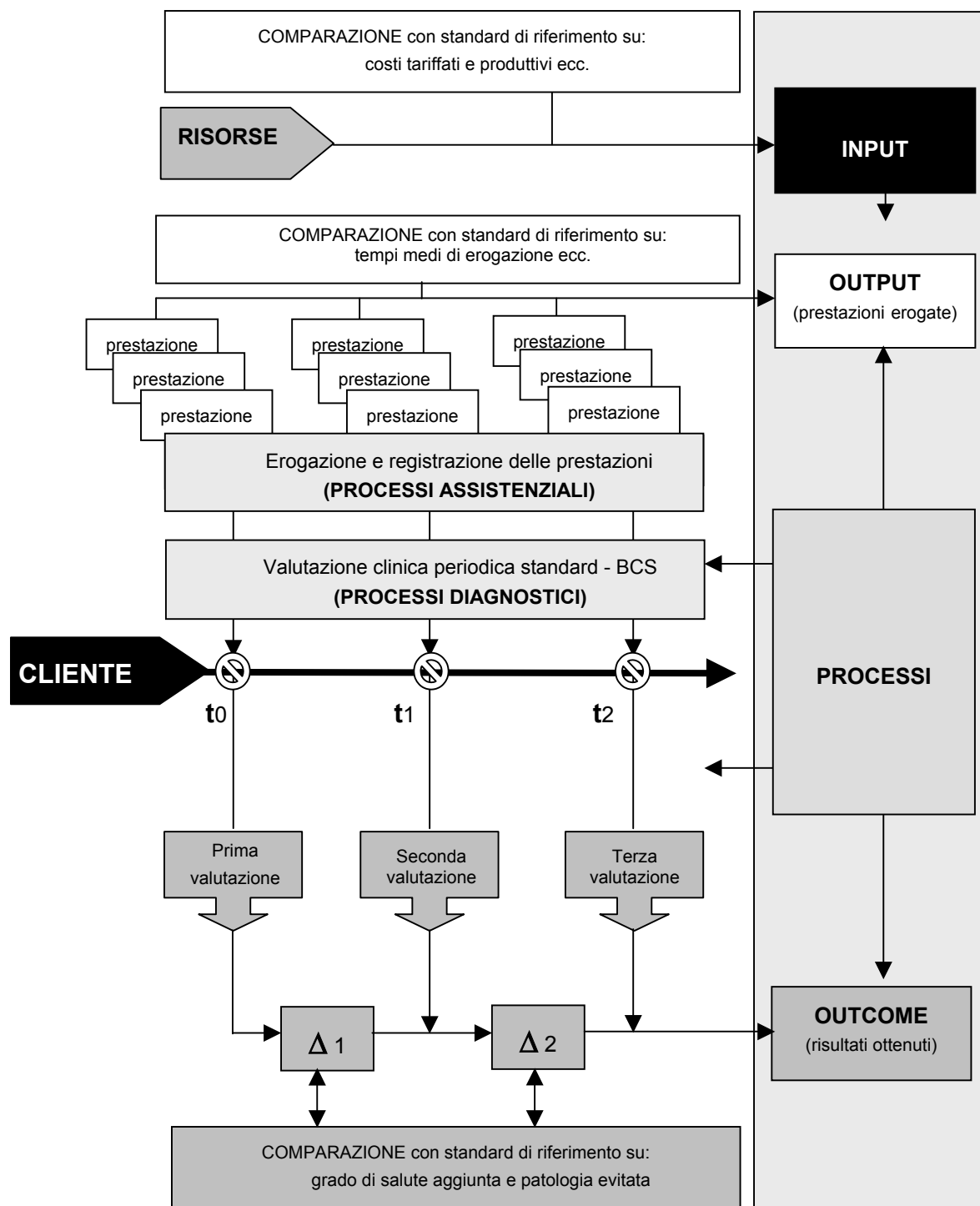




Fig. 5: Il processo produttivo



OBIETTIVI/FINALITÀ DEI SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO (SPC)

È utile chiarire che i termini “programmazione e controllo” sono da considerare non disgiungibili in quanto fasi logiche della stessa medaglia che parte da una azione di programmazione (definizione degli obiettivi attesi) e continua, attraverso le proprie attività, con un controllo costante dei risultati (rilevamento del dato osservato) e delle risorse impiegate (Borgonovi 1994, Bocchino 1994, Zavattaro 1988 e 1990).

La programmazione non ha senso quindi senza il controllo costante e viceversa.

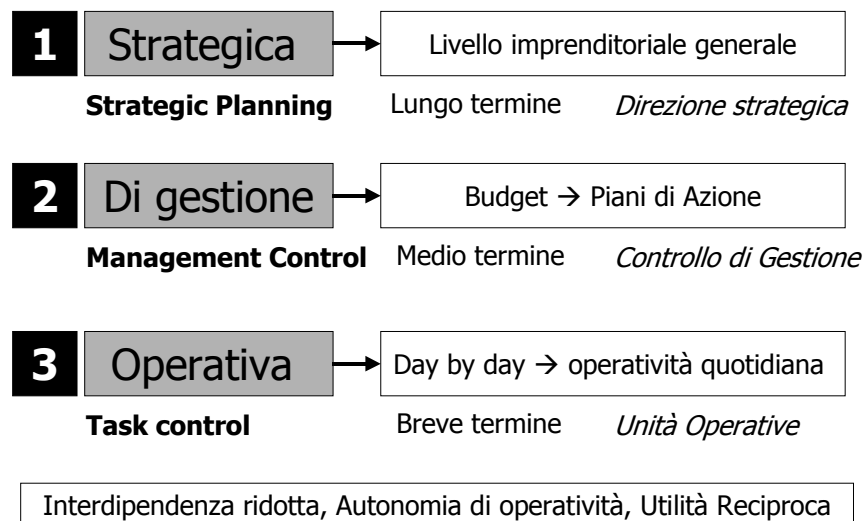
Esistono diversi livelli di programmazione di cui bisogna tenere conto al fine di meglio comprenderne l'utilizzo oltre che i limiti.

La programmazione “strategica” (strategic planning) è una programmazione di lungo termine e di livello imprenditoriale generale precipua della direzione strategica.

La programmazione “di gestione” (management control) è una programmazione di medio termine dove viene definito il budget e i piani di azione. È competenza del controllo di gestione.

La programmazione “operativa” (task control) è la programmazione “day by day” e cioè di breve termine caratteristica della operatività quotidiana e precipua delle unità operative. (Casati 2000).

Fig. 6: Livelli di programmazione

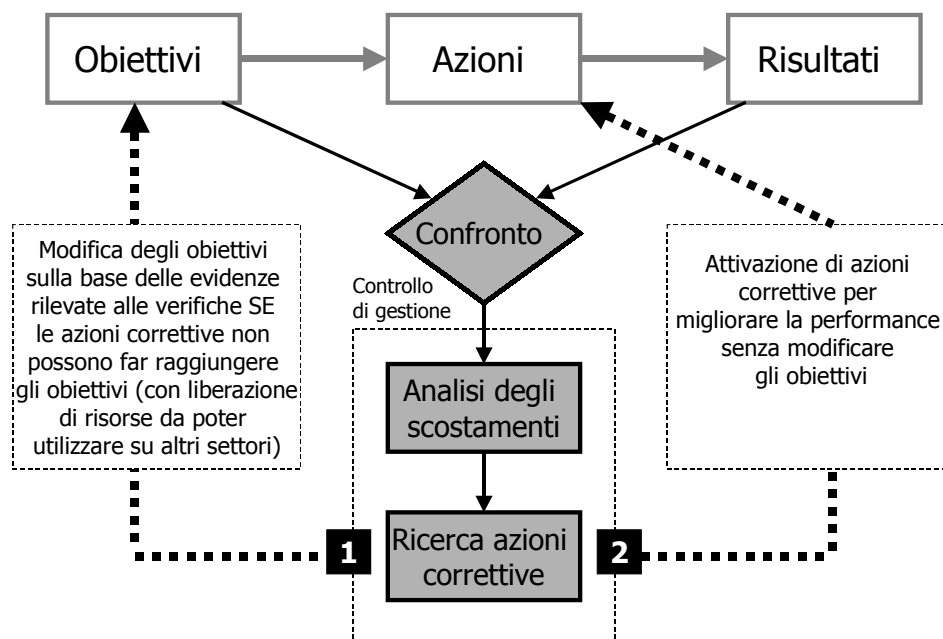


La programmazione e il controllo fondano la loro attività principalmente sul confronto tra gli obiettivi predichiarati e i risultati osservati. Questo confronto (controllo di gestione) avviene principalmente con analisi degli scostamenti che esita successivamente nella ricerca di azioni correttive. Tali azioni possono portare alla modifica degli obiettivi sulla base delle evidenze rilevate alle verifiche se le azioni correttive non possono far raggiungere gli obiettivi (con liberazione di risorse da poter utilizzare su altri settori). Le azioni correttive sono finalizzate a migliorare la performance senza modificare gli obiettivi predefiniti nel caso in cui si ritenga che tali obiettivi siano effettivamente raggiungibili.



Il controllo di gestione e cioè l'analisi degli scostamenti e la ricerca di azioni correttive, ha significato se esiste una programmazione precedente, se è costante durante tutto lo svolgimento delle attività, se è frequente ed è in grado di farci "aggiustare il tiro".

Fig. 7: Programmazione e controllo



Le finalità principali dei sistemi programmazione e controllo sono:

1. Definire e formalizzare la programmazione.
2. Essere di guida e attivare la motivazione.
3. Permettere il controllo e la valutazione.
4. Favorire il coordinamento e l'integrazione.
5. Favorire l'apprendimento e la formazione.
6. Eseguire un "riorientamento" dei sistemi organizzativi.
7. Attivare meccanismi di "responsabilizzazione".

Definire e formalizzare la programmazione

Il budget è uno strumento formale in cui si definiscono e si quantificano i programmi di azione, se ne verifica la fattibilità reddituale tecnica e finanziaria. All'interno di esso si definiscono gli obiettivi da realizzare e si provvede all'allocatione delle risorse.

Essere di guida e attivare la motivazione

Il budget è uno strumento di guida perché deve fornire ai dirigenti delle precise indicazioni relativamente a quali obiettivi raggiungere e con quali risorse a disposizione. I sistemi di programmazione e controllo rivestono un ruolo fondamentale nell'attivare e mantenere la motivazione professionale (Bastia 1989). Risulta infatti indispensabile comprendere e controllare le spinte motivazionali "individuali" dei responsabili delle unità operative che molto spesso sono legate ad interessi individuali (professionali, ecc.), che non sempre sono allineate con le finalità strategiche e generali dell'azienda. I sistemi di programmazione e controllo sono molto importanti quindi per orientare le spinte dei singoli verso le finalità dell'azienda (controllo centripeto). Tali spinte devono essere quindi esplicitate e comprese nelle loro dimensioni strategiche, valoriali e di finalità generali. I sistemi di programmazione e controllo sono quindi di supporto "professionale" nella definizione della "meta" aziendale (approccio botton-up e di benchmarking).

La definizione di obiettivi precisi, inoltre favorisce l'interiorizzazione degli obiettivi stessi perché permette il soddisfacimento dei bisogni di stima e di autostima (Brusa e Dezzani 1983).

Permettere il controllo e la valutazione

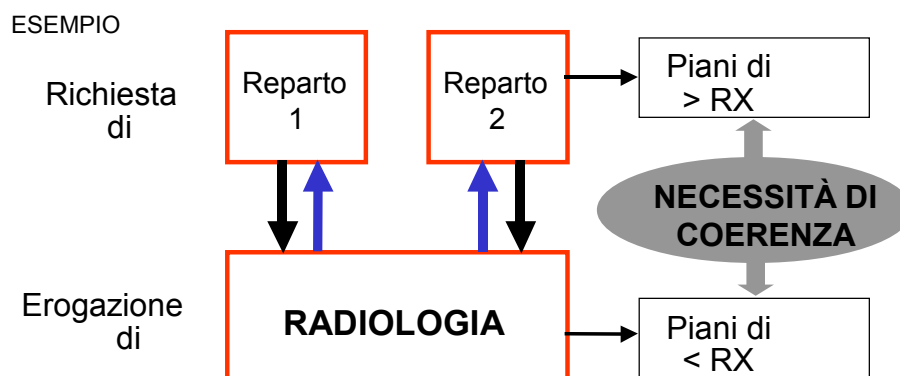
Il budget fornisce i parametri di riferimento rispetto ai quali si possono valutare i risultati ottenuti. Questo permette, se fatto durante l'espletamento delle azioni e non solo a consuntivo, di poter effettuare opportune azioni correttive. Il budget permette inoltre di valutare e cogliere precocemente attraverso il sistema di reporting eventuali problemi delle singole unità operative.

Favorire il coordinamento e l'integrazione

I sistemi di programmazione e controllo possono svolgere un'attività contro il rischio di frammentazione dell'azienda in unità operative multiple, indipendenti e fortemente scoordinate. Molto spesso infatti fra unità operative eroganti direttamente il servizio ai clienti (esempio i reparti ospedalieri) e le unità operative che erogano prestazioni a queste prime unità (es.: la radiologia) non vi è una programmazione concordata, questa asincronia può spesso portare ad una difficoltà sia nel reperimento delle risorse che nel loro utilizzo ottimizzato (Rapini 1995).

I budget quindi, se gestiti con la logica del "master budget" sono quindi in grado di assicurare che gli obiettivi e le decisioni dei singoli CdR non siano in contrasto tra loro e siano coerenti con gli obiettivi generali dell'Azienda. (Agliati 1995).

Fig. 8: Obiettivi/finalità di sistemi





Le cause di frammentazione di una azienda possono essere diverse: lo sviluppo di know how specifico, l'iperspecializzazione, l'autonomia dei professionisti, il deficit/assenza di coordinamento. Questo porta ad una frammentazione dell'azienda per la creazione di visioni parcellari da parte di operatori che vedono solo il loro campo di azione. Con una visione troppo specialistica e non sistemica si corre il rischio di non vedere la necessità di coordinamento. Pertanto più aumenta la specializzazione più aumenta il fabbisogno di coordinamento che si può ottenere anche e soprattutto con i sistemi di budget.

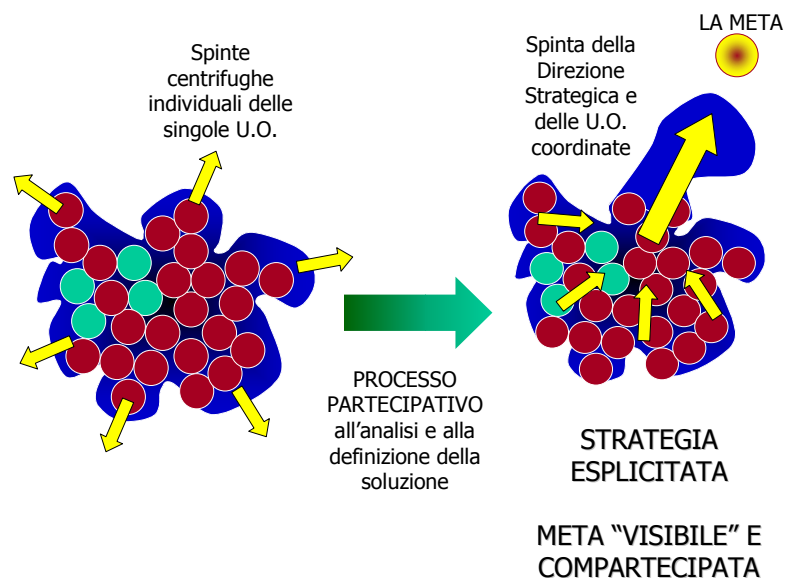
Favorire l'apprendimento e la formazione

Nel processo di definizione del budget i dirigenti responsabili vengono "costretti" ad assumere un atteggiamento manageriale cioè basato sulla capacità di prevedere, programmare coordinarsi con altri responsabili. Questo stimola il confronto e quindi il processo di apprendimento. Un'altra importante azione che viene fatta è quella di dover effettuare una analisi delle proprie necessità e potenzialità inserita contemporaneamente in un'analisi del contesto più generale in cui si opera, mettendo così a fuoco le interdipendenze della propria unità operativa con le altre unità. Il budget assume funzioni di apprendimento e formazione soprattutto nel momento in cui si confrontano i risultati in relazioni alle decisioni prese. Sotto questo punto di vista si eviterà quindi la ripetizione dei medesimi errori. (Teodori 1995, Amigoni 1979, Mintzberg 1978).

Eseguire un "Riorientamento" dei sistemi organizzativi

I sistemi di programmazione e controllo hanno anche come finalità generale quella di poter riorientare i sistemi organizzativi e produttivi sulla base delle risultanze derivanti dal controllo costante e a stretto periodismo. Il riorientamento avviene attraverso una esplicitazione chiara della meta dell'azienda stessa definendo le priorità. Definire la meta attraverso un processo di tipo partecipativo dei professional è indispensabile in quanto essi sono i veri conoscitori della domanda. Nel contempo risulta necessario capire le spinte centripete modificandole (se necessario), creando quindi un orientamento delle spinte individuali sulle strategie aziendali.

Fig. 9: Motivazione e riorientamento



Attivare meccanismi di “responsabilizzazione”

Una delle finalità principali dei sistemi di programmazione e controllo è la responsabilizzazione dei dirigenti relativamente agli obiettivi da raggiungere e alla gestione delle risorse assegnate. Durante la definizione del budget è quindi indispensabile “a preventivo” definire le variabili su cui il responsabile può esser chiamato a rispondere. L'individuazione di queste variabili è indispensabile al fine di produrre un budget realistico. Le variabili però su cui si può responsabilizzare un dirigente sono solo quelle sulle quali egli può realmente esercitare un controllo. Vanno escluse quindi quelle variabili non controllabili in quanto sotto l'influenza di altre responsabilità e dirigenze. La responsabilizzazione quindi è possibile solo se vi è l'esistenza di controllabilità da parte del dirigente dei fattori su cui viene responsabilizzato.

La responsabilità viene anche definita “reddituale” intendendo con questo termine la responsabilizzazione delle unità operative sul “reddito” e cioè con una gestione molto spinta delle risorse finanziarie assegnate. Questo tipo di responsabilità ha come criterio base l'autonomia di spesa vincolata solo alla quota generale assegnata, ai risultati (prestazioni, outcome) concordati e alle strategie generali aziendali. In altre parole prevedendo anche la possibilità di operare scelte sulla acquisizione o dimissione di risorse umane.

In questo contesto va ricordato che il “centro di responsabilità” (CdR) è l'unità base del budget ed identifica le responsabilità collegate ad un dirigente. Il CdR può contenere più centri di costo ed è costituito da un gruppo di persone che opera per raggiungere un obiettivo dell'Azienda ed è guidato da un dirigente che si assume le responsabilità delle azioni intraprese (Anthony e Young 1992). Il “centro di costo” è invece l'unità base della contabilità analitica per poter identificare i costi correlabili ad un generatore di spesa e fa riferimento ad un solo centro di responsabilità. Il centro di responsabilità può essere quindi anche definito dall'insieme delle persone e/attività rilevanti e significative che operano/sono svolte al fine di raggiungere un dato obiettivo dell'organizzazione sotto la direzione di una persona responsabile delle azioni svolte. Il centro di responsabilità per essere definito tale deve avere quindi una serie di caratteristiche:

- a. un unico responsabile;
- b. svolgere attività rilevanti significative nel contesto generale dell'azienda;
- c. gestire risorse reali;
- d. aggregare gruppi di persone ed attività omogenee e non interdipendenti da altre unità per svolgere le proprie attività.

I centri di responsabilità vengono raggruppati nel “piano dei centri di responsabilità” che è uno strumento estremamente importante nell'organizzazione aziendale. Questo piano è un elenco strutturato formale dei singoli centri di responsabilità e delle persone referenti, risulta necessario al fine di governare il sistema, deve essere istituzionale e conosciuto da tutti.

Un principio da rispettare è quello che non ci devono essere sovrapposizioni del contenuto delle singole responsabilità tra i diversi centri di responsabilità. Le responsabilità quindi devono essere chiare e su ambiti e variabili su cui il responsabile può esercitare un vero controllo. Ci deve essere infine la misurabilità delle variabili su cui il responsabile viene chiamato a rispondere.

La misurabilità (e quindi la controllabilità) si ottiene nel momento in cui la variabile su cui si può e si deve esprimere la responsabilità è collegata ad un indicatore quantitativo valido e rappresentativo. Risulta quindi evidente che il “sistema delle responsabilità” dovrà essere collegato ad un “sistema degli indicatori di budget” per poter essere effettivamente controllabile e produrre una reale gestione delle azioni correttive.



DEFINIZIONE DI BUDGET

Molte sono le definizioni che sono state date a questo strumento di programmazione e controllo e molti sono i fraintendimenti che si sono generati. In allegato vengono riportate alcune delle definizioni testuali più significative. Qui di seguito vengono invece evidenziate alcune definizioni e concetti in modo da far comprendere al lettore della didattica, quale sia il significato concreto di uno strumento di questo tipo.

Il budget è “Il meccanismo operativo” dell’azienda, uno strumento utile alla gestione operativa che rende trasparente l’allocazione delle risorse. Uno strumento di programmazione e controllo di breve periodo (un anno) con verifiche intermedie finalizzate all’attivazione precoce di eventuali azioni correttive. Il budget definisce obiettivi, espressi in termini di risultati da conseguire e di risorse correlate.

Secondo Anthony e Yung - 1992, il budget è un piano espresso in termini quantitativi, solitamente monetari, riferito ad un periodo di tempo determinato (generalmente un anno) e articolato per centri di responsabilità. Il budget può essere anche considerato più semplicemente un programma globale che abbraccia tutta l’Azienda e che vede le unità organizzative come parti dell’organizzazione (Rappini 1998).

Il budget è quindi uno strumento che consente di legare la programmazione al controllo attraverso “l’operazionalizzazione” degli obiettivi, promuovendo l’identificazione delle responsabilità, la formulazione di piani di azioni di identificazione di indicatori quantitativi sintetici. Esso può essere anche considerato una “impegno bilaterale” (patto) tra Direzione strategica e responsabili delle unità operative, definite in maniera negoziata con la finalità principale di attuare una programmazione e un costante ed attivo controllo delle attività e dei costi. È quindi un “commitment” bilaterale che per il responsabile dell’unità operativa rappresenta una assunzione di responsabilità nei confronti della direzione strategica un “impegno a fare”.

Da un punto di vista economico il budget è la traduzione economica (preventivi e costi) del piano delle attività e delle risorse. Quindi “fare il budget” vuol dire individuare obiettivi di attività e di risorse e definire un piano di attività e di risorse tradotto in soldi.

Va chiarito infine che il budget “non è” un mero finanziamento (risorse finanziarie), non è una assegnazione fissa di risorse monetarie spendibili (il tetto di spesa), non è la pianificazione strategica, non è una semplice previsione di attività (passività), non è il bilancio di previsione, non è uno strumento per la decisione di sviluppo e innovazione. (Brusa e Dezzani 1983, Anthony, Dearden e Bedford 1984, Arcari 1991, Agliati 1995).

Gli ingredienti che caratterizzano quindi il budget sono quelli riportati nella figura successiva.

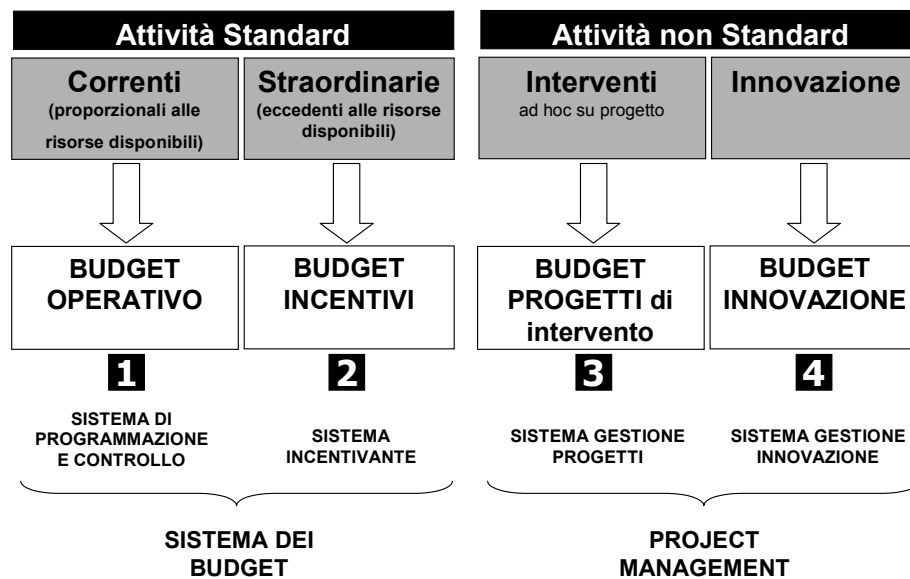
Fig. 10: I cinque ingredienti



Al fine di comprendere meglio i vari tipi di budget va ricordato che le attività delle unità operative possono essere distinte in “attività standard” e “attività non standard”.

Le prime fanno parte le attività correnti e le attività straordinarie, delle seconde fanno parte gli interventi ad hoc su progetto e le attività collegate all'innovazione. Per ognuna di queste attività è previsto un budget specifico come riportato nella figura successiva.

Fig. 11: Le attività delle U.O. e diversi Budget



- Il budget operativo è un di sistema di programmazione e controllo, il budget degli incentivi fa parte invece del sistema incentivante. Ambedue sono componenti del sistema di budget vero e proprio.
- Il budget dei progetti di intervento e il budget di innovazione fanno parte del sistema di gestione dell'innovazione e sono tipici del sistema di project management, anche se utilizzano logiche budgetarie molto simili a quelle dei sistemi precedenti.

Va ricordato infine che vi è diversità tra Budget e piano strategico in quanto il budget è uno strumento di programmazione e controllo di breve periodo (un anno) mentre il piano strategico lo strumento di programmazione di lungo periodo (3-5 anni). Gli ambiti di azione del sistema budgetario sono: l'articolazione delle responsabilità, la struttura dei costi, l'esplicitazione del contenuto delle responsabilità e la tipologia dei proventi/attività.

SOTTOINSIEMI DI BUDGET

Il budget è un sistema complesso formato da sottoinsiemi (Teodori 1995) variamente articolati ma coerenti nei loro insieme. Viene così introdotto il concetto di “master Budget” che è un sistema di budget formato fondamentalmente da tre livelli di budget: il budget operativo, il budget degli investimenti e il budget finanziario (Arcari 1991, Selleri 1997, Agliati 1995).



1. Il budget operativo raggruppa i budget relativi ad unità organizzative la cui attività rientra nell'ambito della gestione tipica o caratteristica dell'azienda, ed è finalizzato alla verifica della fattibilità economica e reddituale dei programmi (Teodori 1995).
2. Il budget degli investimenti evidenzia tutti gli investimenti che verranno effettuati nel periodo di budget ed è finalizzato alla verifica della fattibilità tecnica o strutturale dei programmi futuri (Teodori 1995).
3. Il budget finanziario evidenzia invece l'impatto finanziario e monetario dei programmi di azione e delle politiche correnti e quindi permette la verifica della fattibilità finanziaria e monetaria dei programmi di azione (Teodori 1995).

AMBITI DI UTILIZZO DELLA LOGICA/APPROCCIO BUDGETTARIA

I principali ambiti di utilizzo della logica budgettaria sono il livello centrale, quello dell'unità operativa e quello del singolo professionista. Nel primo caso le finalità e la tipologia prevalente del controllo sarà quello di monitorare i costi e le prestazioni è quindi un autocontrollo soprattutto orientato all'efficienza.

Nel secondo caso si andrà a monitorare e controllare i costi, le prestazioni e l'efficacia clinica.

Nel terzo caso il sistema sarà soprattutto orientato alla verifica dell'efficacia clinica.

Fig. 12: Approccio budgettario

	LIVELLI DI CONTROLLO DI GESTIONE DELLE ATTIVITÀ	TIPO DI BUDGET	FINALITÀ E TIPOLOGIA PREVALENTE DEL CONTROLLO (obiettivo informativo prioritario)
1	CENTRALE (Direzione)	Budget economico	Di costo, prestazione ed efficienza
2	UNITÀ OPERATIVA (Responsabile)	Budget economico	Di costo, prestazione ed efficacia
3	SINGOLO PROFESSIONISTA	Budget "professionale"	Di efficacia

Il budget risulta utile anche per bilanciare le due fondamentali componenti professionali di un'azienda sanitaria.

All'interno dell'azienda sanitaria infatti convivono fondamentalmente due professionalità molto diverse: una relativa agli operatori amministrativi/gestionali e l'altra agli operatori sanitari. Gli obiettivi, la vision e la mission nonché i punti di vista conseguenti di questi due gruppi di operatori sono spesso molto diversificati.

Gli interessi professionali prevalenti del primo gruppo di operatori sono in ambito organizzativo, amministrativo e contabile mentre gli interessi professionali prevalenti del secondo gruppo di operatori sono in ambito clinico ed assistenziale. Non vi è dubbio quindi che gli operatori amministrativi/gestionali siano più orientati alla ricerca dell'efficienza e della conformità alle procedure burocratiche e gli operatori sanitari alla ricerca dell'efficacia mal sopportando le regole amministrative.

Ambedue gli operatori dovrebbero sempre avere la forte consapevolezza che l'obiettivo aziendale "unico" è comunque la "miglior salute al minor costo". Nella distribuzione del potere organizzativo molto spesso si assiste a conflitti e lotte tra le due compagini che spesso non si rendono conto della loro complementarietà e del fatto che è necessario trovare un forte

bilanciamento tra le due parti al fine di rendere l'Azienda effettivamente performante nei confronti dei bisogni della popolazione.

Per comprendere la logica budgettaria è necessario capire che essa contiene un concetto fondamentale che è quello di "economicità degli interventi". Questo concetto si fonda sulla presenza di due criteri contemporanei:

1. il valore aggiunto: durante l'utilizzo delle risorse per la produzione dell'intervento è stato aggiunto valore alle risorse utilizzate per produrre l'intervento stesso.
2. l'utilità: cioè il reale grado di soddisfazione della domanda.

In altre parole l'economicità degli interventi viene valutata in base alla trasformazione delle risorse impiegate e al plusvalore aggiunto e a quanto questi "prodotti" siano in grado di soddisfare una domanda espressa. Pertanto il budget va anche visto come uno strumento che serve la programmazione e il controllo della responsabilità "economica" dei singoli dirigenti preposti alle unità operative, intesa quindi, non solo nell'accezione monetaria, ma soprattutto nella sua reale utilità.

Deve essere ben chiaro che il risultato "economico" (così inteso) viene quindi definito da due fondamentali contemporanee componenti: le risorse e le attività.

MODELLI DI CONSULTAZIONE E NEGOZIAZIONE PER LA DEFINIZIONE DEL BUDGET

Il processo di "budgeting" (Welsch 1985) è l'insieme delle operazioni che porta alla formulazione ed all'utilizzo dei budget. Esso è un processo formale con cui periodicamente i diversi organi dell'Azienda raggiungono un accordo sull'impiego e sull'allocazione delle risorse disponibili, definiscono gli obiettivi che ciascuno di essi deve perseguire ed analizzano le differenze tra obiettivi e risultati, al fine sia di valutare le prestazioni di ogni organo, sia per migliorare il processo decisionale (Amigoni 1979).

Componenti fondamentali per poter attuare un sistema di budget (prerequisiti) sono:

1. Una precisa definizione di un "piano dei centri di responsabilità (CdR)" con relative aggregazioni gerarchiche e riferimenti di sovra e subordinazione (Anthony e Young 1992, Anthony, Dearden e Bedford 1984).
2. Una definizione del "contenuto delle responsabilità" e cioè gli elementi sui quali il responsabile è chiamato a rispondere conseguentemente dove può esercitare il suo controllo. Su questi elementi, e solo su questi, potrà essere responsabilizzato.
3. Una definizione di una "struttura organizzativa a supporto del sistema budgetario" che normalmente si avvale di due componenti (Anthony, Dearden e Bedford 1984, Arcari 1991, Selleri 1997):
 - a. Lo staff tecnico operativo di budget (ufficio budget) che fornisce il supporto tecnico alla direzione strategica, progetta e mantiene il sistema nel suo complesso, fornisce consulenza e supervisione ai CdR provvedendo anche alla loro formazione specifica, assistendoli nella fase di formulazione delle schede di budget ed infine provvedendo alle attività di reporting.
 - b. Il Comitato di budget che formula le direttive principali di coordinamento ed integrazione dei budget parziali nel budget generale dell'azienda. Questo organo è in stretta relazione con la direzione strategica di cui ne è una diretta emanazione e strumento di coordinamento nei confronti dei dipartimenti e delle unità organizzative di base.

Nel budget (inteso quindi come programma di attività a fronte di specifiche risorse dedicate), si definiscono delle precise responsabilità economiche (intese come responsabilità di gestione delle risorse e del raggiungimento di obiettivi dichiarati attraverso specifiche attività). Il termine responsabilità viene spesso coniugato con il termine "autonomia". Non bisogna dimenticare però che tali termini sono legati da un forte legame non divisibile. In altre parole il



processo di autonomia passa obbligatoriamente attraverso un processo di responsabilizzazione formale ed esplicita ma che tale autonomia non può essere “ceduta o attribuita” senza una conseguente chiara responsabilizzazione.

Nel contesto aziendale la definizione del budget per le singole unità operative dovrebbe essere coerente con le strategie aziendali primariamente definite.

L'assegnazione degli obiettivi e delle risorse ai dirigenti può essere attuata fondamentalmente attraverso due modelli: il modello top down e il modello bottom up (Arcari 1991):

- il modello *top down* prevede che la direzione generale assegni “dall’alto” gli obiettivi e le risorse ai dirigenti realizzando quindi una “programmazione centralizzata”.
- il modello *bottom up* prevede invece che le proposte di Budget vengano avanzate dai singoli dirigenti e vengano selezionate, adeguate e coordinate attraverso un processo di negoziazione con i livelli superiori. In questo caso la direzione strategica provvederà ad un coinvolgimento delle singole unità operative attuando una responsabilizzazione diffusa dei singoli dirigenti (empowerment) realizzando quindi una “programmazione negoziata e decentrata”.

Risulta evidente che per alcune situazioni la direzione strategica dovrà opportunamente attuare un modello top mentre per altre sarà indispensabile utilizzare un modello bottom up. Non esiste quindi un'unica strategia di negoziazione e coinvolgimento delle unità operative ma essa andrà adeguata alle situazioni contingenti, alla maturità dell'organizzazione e alle caratteristiche dei problemi da affrontare.

Ambedue i modelli presentano dei vantaggi e degli svantaggi. Il modello top down ha come vantaggi l'alta guida, la migliore standardizzazione, la maggiore coerenza e minor tempo per l'attivazione. Contestualmente però riporta alcuni svantaggi quali il basso coinvolgimento dell'operatore, la percezione delle decisioni come “impositive” e la bassa sensibilità sul problema.

Il modello bottom-up presenta come vantaggi la responsabilizzazione, il maggior coinvolgimento degli operatori e la maggiore sensibilità sul problema. Come svantaggi invece ha la bassa guida, la necessità di alta maturità dell'organizzazione e il maggior tempo per l'attivazione.

Va ricordato che non esiste un modello migliore dell'altro ma che i criteri di scelta dipendono da una serie di variabili quali il grado di maturità dell'organizzazione, il grado di innovazione delle soluzioni organizzative da mettere in atto, il periodo storico dell'azienda, le condizioni ambientali in cui si opera ecc..

I flussi di relazione e negoziazione per la definizione del budget possono anche essere classificati secondo la successiva nomenclatura:

1. Flusso discendente: è una funzione di allineamento strategico di direzione (top down). Avviene tra la direzione e le unità operative.
2. Flusso trasversale: è una funzione di negoziazione di primo livello su responsabilità e compiti (coordinamento). Avviene tra unità operative paritetiche. Questa funzione viene di solito espletata all'interno di organizzazioni dipartimentali ed ha soprattutto una valenza di coordinamento.
3. Flusso ascendente: è una funzione di negoziazione di secondo livello su obiettivi e risorse. Avviene tra l'unità operative e la direzione (bottom up).

LA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DI BUDGET

Con il termine obiettivi si intendono i risultati specifici attesi che devono derivare dalle attività tipiche dell'unità operativa. Gli obiettivi di budget per essere definiti “specifici” devono possedere almeno sei caratteristiche principali:

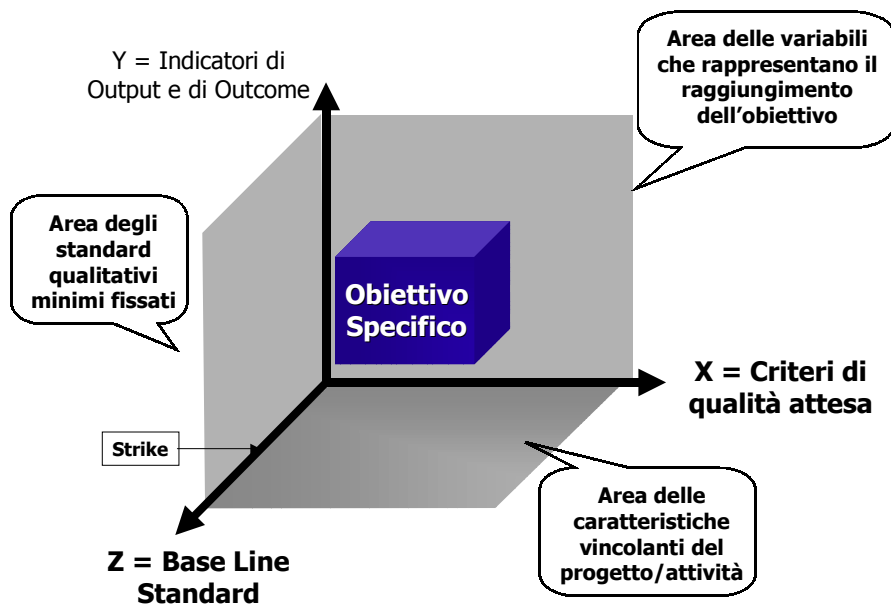
1. Devono essere chiari e sintetici e cioè comprensibili negli intenti e valutabili nella fattibilità.
2. Devono essere quantificati nella dimensione delle prestazioni da erogare e negli esiti da raggiungere e quindi collegati ad indicatori di valutazione facilmente rilevabili. In questo modo gli obiettivi specifici saranno misurabili in quanto correlati ad un indicatore che è una variabile numerica, validamente rappresentativa del risultato atteso, della situazione o del fenomeno che si vuole valutare, in grado di fornire informazioni utili per il decision making. Gli obiettivi di budget quindi dovrebbero essere espressi e rappresentati, relativamente alle prestazioni da erogare, tramite variabili numeriche definendo inoltre il "livello minimo dovuto" (base line standard) e cioè il valore atteso di erogazione, esplicitando inoltre i criteri di qualità. La tabella successiva riporta una esemplificazione di tale concetto (Brusa e Dezzani, 1983, Borgonovi 1996).
3. Gli obiettivi specifici devono essere controllabili dal Cdr cui sono assegnati. In assenza di controllabilità diretta non vi può essere infatti responsabilizzazione. In altre parole nessuno può essere chiamato a rispondere su obiettivi di cui non può controllare direttamente ed esclusivamente la realizzazione.
4. Gli obiettivi devono anche essere condivisi tra il responsabile del CdR e la direzione che li affida creando quindi un impegno "bilaterale" (Anthony e Young 1992, Anthony, Dearden e Bedford 1984) che fa sì che il responsabile si impegni a raggiungere tali obiettivi e la direzione a riconoscere ed incentivare il lavoro che verrà eseguito.
5. Devono possedere una forte coerenza con le strategie ed i mandati aziendali.
6. Gli obiettivi da raggiungere devono essere inoltre correlati alle risorse necessarie per la loro realizzazione, ciò fa in modo che se ne comprenda la fattibilità.

Tab.1: Gli obiettivi specifici

OBIETTIVO SPECIFICO	INDICATORI	BASE LINE STANDARD	CRITERI DI QUALITÀ
Risultato atteso in termini di azioni da compiere	Variabile numerica	Valore minimo atteso	Vincoli di realizzazione per ottenere una prestazione considerata di eccellenza.
Esaminare per l'infezione da HIV tutti i tossicodipendenti afferenti al dipartimento	n. di soggetti esaminati/n, soggetti afferenti	> 80%	Testing sempre associato a counseling. In anonimato. Con attivazione di contact tracing e partner notification volontaria. Con test laboratoristici di terza generazione e doppio controllo su campione.



Fig. 13: Le coordinate che definiscono l'obiettivo specifico



Con il termine “operazionalizzare” un obiettivo si intende quindi definire un piano di azione per raggiungere l'obiettivo stesso e il tradurre in pratica un intento attraverso azioni concrete.

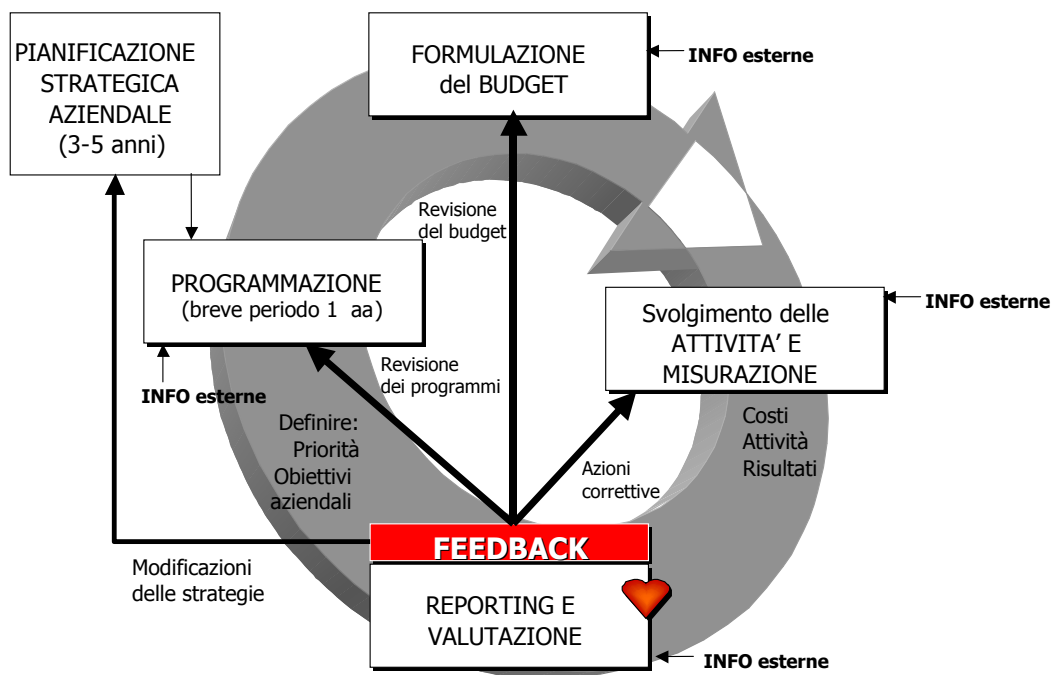
IL CICLO DI ANTHONY

Il processo di programmazione e controllo è un processo circolare e continuo (Anthony, Dearden e Bedford 1984, Anthony e Young 1992). Le sue fasi sono interrelate e tengono conto della pianificazione strategica aziendale sulla base della quale si attua una programmazione che da origine alla formulazione del budget. Su questa base vengono svolte le attività e le misurazioni conseguenti.

Una fase conseguente importantissima è la fase del reporting e valutazione che garantisce un feedback sia sulla fase di programmazione, con la revisione dei programmi, sia sulla fase di formulazione del budget, con revisione del budget stesso se necessario, sia sullo svolgimento delle attività con opportune azioni correttive. La fase di reporting ha un importante feedback anche sulle strategie aziendali proponendo, se del caso, modificazioni ed integrazioni.

La fase di reporting e valutazione rappresenta quindi il “cuore” del ciclo di Anthony perché è in grado di attivare il processo decisionale che porta alle modifiche e al cambiamento degli obiettivi e delle attività. Questa fase traduce i dati in informazioni in grado di suscitare reazioni di decisione in quanto utili e necessarie ai vari livelli operativi.

Fig.14: Il ciclo di feed-back



IL SISTEMA DI REPORTING

Il budget non deve essere considerato un sistema "contabile statico" che esplica la sua funzione "a consuntivo" ma esso è invece un sistema fortemente dinamico che controlla costantemente la programmazione fatta ed è in grado di intervenire tempestivamente. Per fare questo risulta fondamentale che le elaborazioni dei dati desunti dall'attività siano tempestive con un feed-back veloce e puntuale. La capacità di soddisfare questa esigenza dipende dall'esistenza di un sistema di reporting ben strutturato ed impostato al "just in time".

Il reporting viene considerata una importante e centrale "attività di comunicazione" (Francesconi 2000) dove esiste quindi una emittente ed una ricevente, dove esiste anche una codifica e una decodifica con linguaggi e semantiche specifiche che spesso non collimano fra chi trasmette e chi riceve.

Il sistema di reporting è fondamentale per mantenere un efficiente ed efficace sistema di Budget. Bisogna inoltre considerare che i destinatari (riceventi) delle informazioni sono portatori di aspettative, necessità informative specifiche, proprie semantiche, responsabilità specifiche pregiudizi e credenze. Tutto questo può condizionare la corretta comprensione ed interpretazione delle informazioni comprese quelle destinate alla gestione budgetaria. Per facilitare la comunicazione oltre alle informazioni scritte (descrittive, tabellari e grafiche), sarà inoltre opportuno prevedere anche comunicazioni orali che possano accompagnare in maniera più esaustiva le asettiche tabelle spesso trasmesse senza commenti.

Il sistema di reporting quindi è caratterizzato da attività finalizzate alla produzione di informazioni "just in time" tramite la raccolta ed elaborazione di dati, a supporto del processo di budgetting e di decision making. Questo sistema ha come finalità principale quello di produrre e



diffondere informazioni utili e fruibili a vari destinatari che hanno un bisogno informativo specifico per le attività che devono svolgere.

Esso provvede all'invio, a ciascun attore che governa una o più variabili, di informazioni relative a tali entità.

Le finalità generali del reporting sono:

- a. diffondere conoscenze all'interno della azienda;
- b. stimolare l'attenzione;
- c. far capire situazioni e fenomeni specifici;
- d. produrre interventi idonei a modificare eventuali situazioni critiche.

Queste finalità trovano una particolare applicazione nella gestione del budget.

Le informazioni specifiche del reporting sono fondamentalmente di tre tipi:

1. *di conoscenza*: fornire conoscenze strutturate di tipo generale sul contesto aziendale in cui si opera, anche in relazione con l'ambito di responsabilità.
2. *di controllo*: fornire rapporti centrati sulle variabili di cui sono responsabili i dirigenti, fornire conoscenze specifiche all'ambito di azione responsabilità attraverso rapporti standardizzati.
3. *decisionali*: fornire informazioni in relazione diretta con la decisione da prendere.

Le informazioni da inviare devono avere un grado di dettaglio idoneo a far comprendere la situazione delle variabili da governare, creando quindi la possibilità di prendere decisioni e mettere in atto azioni correttive. Le informazioni devono essere tarate sul livello gerarchico (reale potere decisionale) con il giusto grado di dettaglio e di aggregazione. Sono infatti da evitare forniture di informazioni o poco sintetiche o sovrabbondanti che arriverebbero a generare valutazioni distorte e non realistiche per mancanza di informazioni o una confusione dovuta alla presenza di informazioni non utili per i processi decisionali.

Il grado di dettaglio e di aggregazione andranno quindi tarati sulla base del livello gerarchico: alto grado di aggregazione per i livelli direzionali e alto grado di dettaglio per i livelli operativi.

A questo proposito va ricordato che il dato diventa informazione quando soddisfa le esigenze informative del destinatario, quando è tempestivo e viene fornita in tempi utili per poter cogliere variazioni e poter attuare azioni correttive, è attendibile e cioè in grado di dare informazioni valide sulle "pendenze" dei fenomeni, è rilevante per l'attività decisionale (sintetica e selettiva).

LA SCHEDA DI BUDGET

La scheda di budget è uno strumento di comunicazione anche tra unità operative dove trovare elementi sufficienti per "capire" gli obiettivi nei contenuti, delle motivazioni che hanno portato alla formulazione. Nelle schede devono essere previste parti quantitative e parti descrittive. Una delle caratteristiche principali che le schede di Budget devono possedere è la schematicità e l'orientamento grafico per ottenere ed evidenziare le informazioni utili molto velocemente e sinteticamente. La scheda di Budget deve essere coerente con le linee programmatiche aziendali e contenere i risultati degli obiettivi, rappresentati tramite gli indicatori, rilevati nell'ultimo anno (consolidato di attività), della situazione attuale e della situazione attesa finale.

Le principali aree di descrizione che dovrebbero essere contenute all'interno della scheda di budget sono:

- 1 le attività correnti: prestazioni

- 2 la qualità: criteri a garanzia di tale caratteristica
- 3 le risorse consumate: i costi diretti
- 4 lo sviluppo organizzativo: il miglioramento dell'efficienza
- 5 le attività "pregiate": i nuovi programmi e ricerche.

Fig.15: La struttura base di una scheda di budget

Nome dell' Unità Operativa	Responsabile	N. Centro di costo
OBIETTIVI SPECIFICI	T E M P O	
	Passato	Futuro (previsione)
INDICATORI di OUTPUT	STORICO	I ANNO
Prestazioni A	N. Prestazioni A	N. Prestazioni A
Prestazioni B	N. Prestazioni B	N. Prestazioni B
Prestazioni C	N. Prestazioni C	N. Prestazioni C
Prestazioni D	N. Prestazioni D	N. Prestazioni D
.....		
INDICATORI DI INPUT interno	Passato	Futuro (previsione)
Radiografie	N. e Costo	N. e Costo
Farmaci	N. e Costo	N. e Costo
Servizi	N. e Costo	N. e Costo
RISORSE	Passato	Futuro (previsione)
Umane	N. e Costo	N. e Costo
Finanziarie	N. e Costo	N. e Costo
Strutturali	N. e Costo	N. e Costo

BUDGET E SISTEMI INCENTIVANTI

Molto spesso si correla il sistema di budget con il sistema incentivante. Secondo alcuni orientamenti, da noi condivisi, tali sistemi devono essere mantenuti distinti in quanto il sistema di Budget riguarda le attività correnti mentre i sistemi incentivanti dovrebbero riguardare le attività straordinaria (Bergamaschi 2000)

Il sistema di programmazione e controllo definisce obiettivi che devono essere quindi raggiunti indipendentemente dagli incentivi. Si sconsiglia quindi di agganciare sistema di budget e sistemi incentivanti in quanto potrebbe accadere che le unità operative lavorino solo e in relazione al raggiungimento di obiettivi in grado di fornire incentivi economici e non "salute aggiunta" per il paziente.

Gli obiettivi del sistema di Budget devono essere considerati "dovuti" e devono essere raggiunti indipendentemente dagli incentivi, sulla base della retribuzione standard (stipendio di base). Sono quindi obiettivi ottenibili con il massimo impegno in condizioni standard.

Gli obiettivi del sistema incentivante sono ulteriori obiettivi ottenibili con impegni aggiuntivi oltre al "dovuto" e che dovrebbero essere incentivati con retribuzioni aggiuntive oltre allo stipendio base.



Fig. 16: Budget e sistemi incentivanti

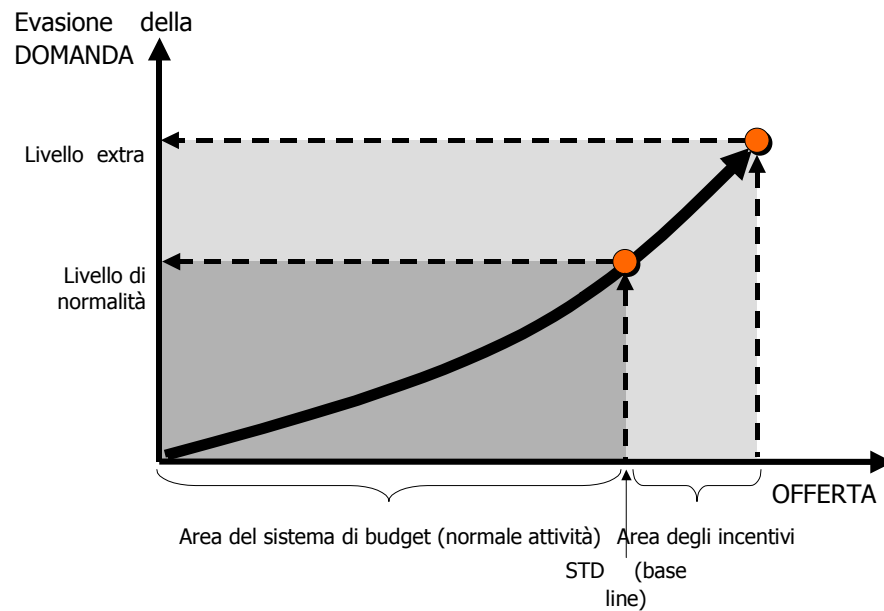
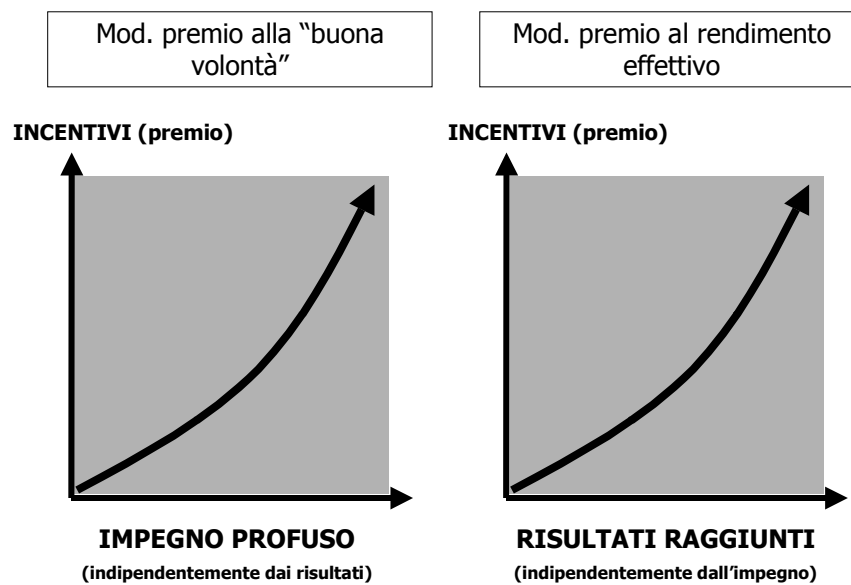


Fig. 17: Scegliere il modello incentivante



Le conseguenze per il non raggiungimento degli obiettivi di budget sono la riduzione delle risorse assegnate e la ridefinizione degli incarichi di posizione, previa valutazione delle cause e identificazione delle responsabilità atto. Diversamente le conseguenze per il non raggiungimento degli obiettivi di incentivo sono la riduzione con la perdita degli incentivi previsti, la ridefinizione degli incarichi di posizione, anche in questo caso previa valutazione delle cause e identificazione delle responsabilità.

Fig. 18: Sistemi pratici

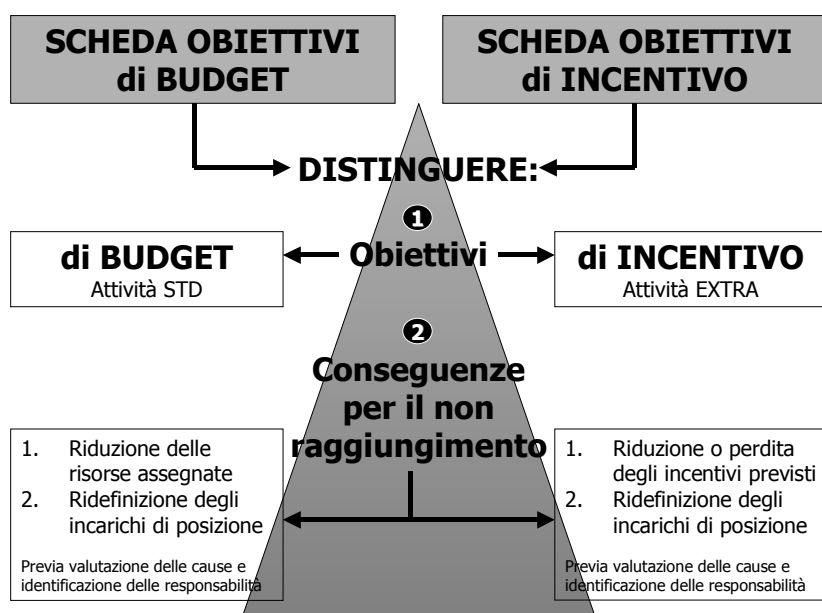


Fig.19: Esempio di scheda integrata

OBIETTIVI (prestazioni)	BASE LINE			
	STD (budget)		EXTRA (per incentivi)	
N.1 AAAA	12.000	Risorse per obiettivi STD = XYZ	+ 3000	Incentivi per obiettivi EXTRA = 1.000.000 e ABC
N.2 BBBB	6.000		+ 500	
N.3 CCCC	33.000		+ 5.000	
N.4 DDDD	---		1000	
N.5 DDDD	3500		---	



IL BUDGET NEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

L'esistenza di una organizzazione dipartimentale può agevolare molto la definizione del budget in quanto la negoziazione avviene con la mediazione del direttore del dipartimento. All'interno del dipartimento inoltre si possono fare tutte le negoziazioni con flusso trasversale, riuscendo a coordinare molto meglio le varie unità organizzative omogenee, prima di arrivare alla negoziazione con la direzione strategica.

IL PROCESSO DI DEFINIZIONE E DI NEGOZIAZIONE DEL BUDGET

Molti possono essere i modi di procedere, a scopo esemplificativo ne riportiamo uno realizzato presso il dipartimento delle dipendenze di Verona.

1. La regione fissa gli obiettivi generali per l'area tossicodipendenze ai direttori generali, emanando inoltre delle linee strategiche contenute in un documento formale dove vengono esplicitate le politiche di programmazione e le priorità del governo regionale.
2. La direzione strategica comunica al direttore di dipartimento gli obiettivi generali da raggiungere e le risorse a disposizione, con una prima seduta negoziale all'interno della quale vengono affrontati temi di ordine generale e strategico, senza scendere nei particolari o in un confronto tecnico serrato. Questa fase è più che altro dedicata all'allineamento degli obiettivi regionali – aziendali – dipartimentali.
3. Il direttore di dipartimento riporta all'interno del dipartimento la discussione fatta ed i mandati acquisiti, operando congiuntamente con i singoli responsabili una valutazione dei bisogni, della domanda, delle dell'offerta, delle risorse esistenti e delle nuove necessità.
4. Successivamente a questa discussione tecnica il direttore di dipartimento formula una prima proposta di budget per le singole unità operative che invia ai responsabili per l'analisi e la condivisione.
5. Dopo le opportune valutazioni e negoziazioni il direttore di dipartimento raccoglie le singole schede e compone la scheda generale del dipartimento che presenta per la negoziazione alla direzione strategica.
6. La direzione, esamina la scheda con i propri staff tecnici di supporto e formula una sua proposta più dettagliata della prima e sulla base delle specifiche fornite dal direttore del dipartimento.
7. Si esegue quindi la negoziazione finale dove vengono discussi anche gli incentivi, e riassetati gli obiettivi e definite le risorse.
8. La scheda viene firmata dal direttore generale e dal direttore di dipartimento al quale viene dato mandato di trasmettere formalmente le singole schede budget ai vari responsabili delle unità organizzative del dipartimento, che verranno valutati dal direttore del dipartimento sia sul raggiungimento degli obiettivi sia sul grado di qualità con cui tali obiettivi verranno raggiunti. Al fine di creare un vincolo di esecuzione ed una forte motivazione al rispetto della scheda di budget, ai singoli responsabili vengono formalmente affidati quindi come propri obiettivi: il raggiungimento degli obiettivi affidati dal direttore del dipartimento e il riportare un giudizio positivo e soddisfacente del direttore del dipartimento sulla qualità del lavoro svolto rispetto agli standard predefiniti.

LE COMPONENTI DI UN BUDGET DI DIPARTIMENTO

Le parti che possono comporre un budget di dipartimento sono riportate nella tabella successiva.

Tab.2: Componenti di un budget

N	SCHEDA		CONTENUTO
1	Obiettivi generali ed indicazioni strategiche		Rappresentano sinteticamente le linee generali su cui sviluppare gli interventi e le coerenze da rispettare al fine di assicurare un allineamento con gli obiettivi regionali ed aziendali
2	Obiettivi per il direttore di dipartimento		Sono i risultati attesi dalla direzione strategica soprattutto in termini di direzione e coordinamento delle unità operative del dipartimento, soddisfazione dei bisogni del territorio sulla base degli accordi contenuti nel piano di zona e contenimento e razionalizzazione della spesa generale.
3	Obiettivi per i responsabili delle unità organizzative	Obiettivi di organizzazione, coordinamento e di formazione	Riguardano il raggiungimento di risultati in ambito organizzativo interno alle varie unità operative e l'utilizzo di processi comuni dipartimentali al fine di garantire in buon coordinamento ed una uniformità di offerta. Ulteriori obiettivi sono quelli collegati alla formazione permanente del personale interno
4		Obiettivi di prestazione	Riguardano i livelli quantitativi predefiniti delle prestazioni tipiche da erogare, articolate sulla base di una tabella di codifica delle prestazioni, predefinita e concordata come standard di dipartimento ed aziendale.
5	Risorse assegnate		Riguardano principalmente, in valore monetario, le risorse umane, i beni e i servizi, e le quote a disposizione per gli inserimenti in comunità terapeutica. Le risorse globali vengono assegnate dalla direzione strategica al direttore di dipartimento il quale ripartisce, sulla base di una programmazione concordata e negoziata, le varie quote alle unità operative.
6	Criteri di qualità		Vincoli di realizzazione e standard con cui si vuole che le varie attività critiche vengano realizzate al fine di garantire prestazioni di eccellenza e qualitativamente buone.

A scopo esemplificativi si riportano in allegato alcune delle schede sopra citate.

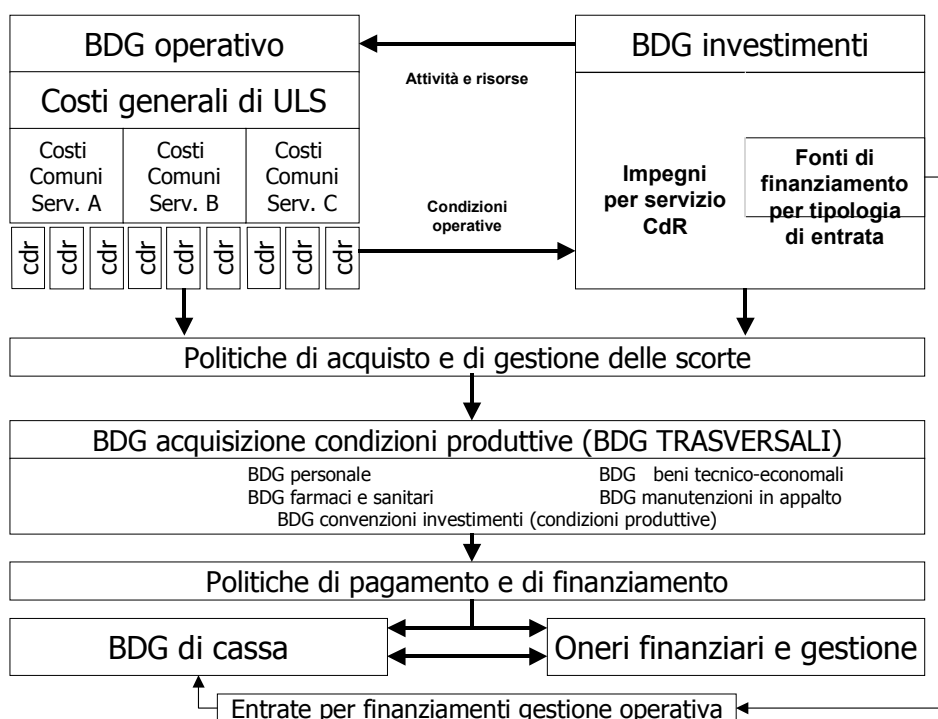
ARTICOLAZIONE TECNICO-CONTABILE E STRUTTURA GENERALE DEL SISTEMA DI BUDGET

Il budget operativo qui trattato è inserito in un contesto molto più ampio ed articolato che definisce il master budget e che è utile conoscere nei suoi tratti generali senza entrare troppo però in approfondimenti. La figura successiva riporta sinteticamente l'articolazione tecnico contabile e la struttura generale di un sistema di Budget (Brunetti 1999). Per ulteriori



approfondimenti si rimanda alla bibliografia citata. Il budget operativo chiaramente risente del budget degli investimenti dove vengono definiti impegni per ogni singolo centro di responsabilità e fonti di finanziamento per tipologia di entrata. Ambedue i budget sono in forte relazione con le politiche di acquisto e di gestione delle scorte che andranno a condizionare il budget di acquisizione delle condizioni produttive (budget trasversale) quelli relativi al personale, ai farmaci e sanitari, beni tecnico economici, alle manutenzioni in appalto, alle convenzioni, gli investimenti etc.. Andranno quindi definite le politiche di pagamento e rifinanziamento a cui sono correlati con il budget di cassa e gli oneri finanziari e di gestione.

Fig. 20: Articolazione tecnico contabile e struttura generale del sistema budget



CONCLUSIONI

Quanto contenuto in questo articolo sono degli elementi di base, molto sintetici e sicuramente non esaurienti, per la comprensione dei sistemi di programmazione e controllo. Le logiche generali possono essere approfondite anche con lo studio dell'Activity Based Costing (Casati 2000) e di altre teorie dei sistemi di programmazione e controllo riportati in bibliografia.

Va infine chiarito che applicare logiche budgetarie ai sistemi sanitari non deve essere considerato uno svilire la missione tipica di chi si occupa di interventi sulle persone malate e di chi è deputato a soddisfare la finalità principale delle aziende sanitarie pubbliche e cioè il soddisfacimento dei bisogni della collettività di riferimento. È ben chiaro agli autori che le Aziende pubbliche non hanno come finalità la remunerazione del capitale investito ed il perseguimento del profitto, ma sicuramente una gestione oculata, razionale, ottimizzata ed

efficiente delle risorse, che può essere ottenuta attraverso l'utilizzo dei sistemi di budget, è fortemente da perseguire proprio in considerazione delle alte finalità etiche delle Aziende Sanitarie pubbliche (Borgonovi e Zangrandi 1988, Borgonovi 1990, 1995 e 1996, Zavattaro 1993, Anthony e Young 1992, Mitzberg 1985).

I nostri "ricavi o proventi" devono trovare soddisfazione, oltre nel contenimento razionale della spesa ed in una gestione fortemente programmata e controllata, anche nella qualità e nell'appropriatezza delle prestazioni erogate, ma soprattutto nell'efficacia dei trattamenti, nella loro utilità e nella soddisfazione del paziente.



ALLEGATI

Principali definizioni di Budget riportate in letteratura (da E.A. Pessina. Il sistema di budget. In Programmazione e controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie. (a cura di Giorgio Casati) McGraw-Hill, 2000).

(Brusa e Dezzani, 1983) "Il budget è un programma, di gestione, riferito all'esercizio futuro, che si conclude con la formulazione di un bilancio preventivo. Esso non è un programma qualsiasi, ma possiede ben precisi connotati che lo differenziano da altri modi di concepire il controllo di gestione. Per l'esattezza le sue caratteristiche sono: a) la globalità; b) l'articolazione per centri di responsabilità; c) l'articolazione per intervalli di tempo infrannuali; d) la traduzione in termini economico finanziari, cioè in unità monetarie".

(Welsch, 1985) "Il budget rappresenta un piano completo delle operazioni sviluppate dalla direzione e che abbraccia un periodo definito di tempo che è l'anno. Esso è un'espressione formale, in termini quantitativi, delle politiche e degli obiettivi direzionali per un periodo specifico, suddiviso in dettaglio con riguardo al tempo, ai prodotti e alle responsabilità".

(Bastia, 1989) Il budget è uno "strumento di misurazione economico-finanziaria e di diffusione di obiettivi e di mezzi (risorse varie), atto a rendere più razionale la gestione aziendale".

(Bocchino, 1994) "Documento contabile-amministrativo che individua il programma di gestione attraverso la determinazione dei risultati economico-finanziari che l'azienda intende raggiungere nel successivo esercizio, e che si sintetizza nella formulazione di un bilancio preventivo".

(Teodori, 1995) "Il budget è (...) un programma d'azione, espresso in termini quantitative monetari, relativo a un definito orizzonte temporale, variamente articolato su periodi più brevi".

(Selleri, 1997) "Possiamo intendere il budget come un sistema di valori, elaborato e approvato con riferimento alla gestione dell'impresa estesa a un dato orizzonte futuro, nel quale trovano espressione in termini monetari gli obiettivi dei programmi di breve periodo, definiti coerentemente agli obiettivi alle strategie di piano".

A.1	LINEE DI INDIRIZZO GENERALI AZIENDALI
1	Promuovere la salute. Orientare i servizi socio-sanitari verso la promozione della salute attraverso la valorizzazione di stili di vita e di lavoro sani.
2	Promuovere e valorizzare la collaborazione e l'integrazione intersettoriale tra servizi dell'Azienda ULSS e le varie articolazioni sociali e istituzionali (pubblico, privato sociale, privato) esistenti sul territorio.
3	Responsabilizzare gli operatori in maniera chiara e diffusa sugli obiettivi e sui risultati da conseguire nei Servizi.
4	Recuperare l'efficienza e l'economicità nella gestione dei Servizi: migliorare il rapporto tra i livelli di attività espressi e le risorse assorbite nella gestione.
5	Favorire la collaborazione e l'integrazione tra i Servizi e tra le professioni per una risposta unitaria e globale al bisogno del cittadino-utente.
6	Semplificare le procedure e i percorsi di accesso del cittadino nel sistema di cura/riabilitazione.
7	Prevedere una maggior flessibilità organizzativa e gestionale dei Servizi al loro interno.
8	Migliorare la qualità dei servizi offerti in tutti i suoi aspetti.
9	Valutare la qualità e l'efficacia delle prestazioni prodotte ed acquistate come metodo corrente del Servizio.
10	Orientare i Servizi verso una cultura dei risultati (outcome) come superamento della logica per prestazioni.
11	Coinvolgere e valorizzare professionalmente gli operatori.
12	Rafforzare il senso di appartenenza e di identificazione degli operatori con la missione e i valori aziendali, al fine di costruire un'identità aziendale unitaria e coerente.

A.2	LINEE DI INDIRIZZO DI AREA:DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE
1	Riorganizzazione del Dipartimento (armonizzare gli standard operativi di prestazioni e omogeneizzare il sistema informativo dei tre servizi).
2	Consolidare gli interventi nell'attività dei C.I.C. e nella Casa Circondariale.
3	Attività di formazione permanente con il coinvolgimento del personale a vari livelli.
4	Attività di ricerca e sviluppo di modelli e progetti di studio a carattere epidemiologici riguardanti gli utenti dei Ser.T.
5	Coinvolgimento – con creazione di nuove sinergie – dei Servizi ULSS (Salute Mentale, Distretti, Neuropsichiatria Infantile) enti istituzionali (Comuni, Provincia, ecc.), Privato Sociale accreditato e volontariato nella rete dei Servizi.



A.3a	SCHEDA DI BUDGET: ANNO 2001	UFFICIO DI DIREZIONE DEL D.d.D
	OBIETTIVI 2001	INDICATORI
1	Consolidamento delle attività presso la U.F.Td. in Carcere.	Grado di funzionalità dei processi assistenziali e tempi di attesa degli utenti
2	Completamento della riorganizzazione delle attività C.I.C. con aumento delle attività di prevenzione ed informazione.	n. di attività di prevenzione primaria svolte
3	Riorganizzazione della posizione organizzativa del Servizio di Alcologia (in convenzione con Azienda Ospedaliera), a collegamento diretto con l'Ufficio di Direzione del Dipartimento Dipendenze.	Realizzazione dell'atto deliberativo. Attivazione delle procedure operative.
4	Coordinare ed assicurare l'applicazione degli standard per il rilevamento ed il conteggio delle prestazioni dei singoli Ser.T. anche al fine del recupero della mobilità.	Grado di applicazione delle procedure da parte dei singoli Servizi.
5	Contenere la spesa e l'utilizzo di risorse entro i limiti assegnati.	Grado di sfondamento.
6	Proporre alla Direzione Strategica un nuovo organigramma e funzionigramma con rassegna della dotazione organica delle Unità Organizzative e Funzionali del Dipartimento Dipendenze.	Proposta formalizzata in un documento tecnico.

A.3b	SCHEDA DI BUDGET: ANNO 2001	UNITÀ ORGANIZZATIVE (n. 1, 2 e 3)
	OBIETTIVI 2001	INDICATORI
1	Applicare gli standard per il rilevamento e conteggio delle prestazioni nei tempi e nei modi definiti dal Dipartimento.	Giorni di ritardo nella consegna dei dati. Qualità dei dati trasmessi.
2	Attuare il recupero della mobilità secondo tempi e modi definiti dal Dipartimento.	Giorni di ritardo nella consegna dei dati. Grado di soddisfazione interna (Customer Satisfaction Interna) dell'Ufficio Mobilità (settore informatica).
3	Coordinare con il Nucleo Funzionale di Prevenzione Primaria del Dipartimento tutte le attività di prevenzione.	Rapporto tra n. di attività svolte dal Servizio e n. di attività coordinate. Giudizio del Coordinatore del N.F.P.P. (Customer Satisfaction Interna).
4	Contenere i tempi di attesa per l'entrata in terapia sostitutiva integrata entro i 3 giorni.	Tempo di attesa in (gg.)
5	Contenere la spesa e gli inserimenti dei pazienti in Comunità Terapeutica entro il budget assegnato.	Grado di sfondamento.
6	Incentivare l'invio di pazienti eleggibili per il trattamento residenziale nelle C.T. che non richiedono il pagamento della retta.	Numero di soggetti inviati e % relativa. Scostamento dalla % del dato storico.
7	Promuovere la partecipazione dei propri operatori agli incontri di formazione tenuti presso il Dipartimento.	Numero operatori inviati. Rapporto tra n. corsi di formazione e n. partecipanti.
8	Attuare indicazioni e soddisfare le richieste informative ed attuative dell'Ufficio di Direzione nei tempi e nei modi concordati e negoziati.	Giorni di ritardo nella consegna dei dati. Giudizio del Direttore (Customer Satisfaction Interna).



A.4 SCHEDA RIASSUNTIVA BUDGET PER IL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE										
Prestazioni – risultati attesi										
n.	Obiettivi di Output	Anno 2000				1° Trimestre 2001				Obiettivi al 31/12/2001
		SerT1	SerT2	SerT3	Totale	SerT1	SerT2	SerT3	Totale	
ST-001	Attività telefonica	122.250	71.652	15.106	209.008	16.380	20.600	5.457	42.437	209.000
ST-002	Relazioni	69.457	10.685	11.092	91.234	19.408	3.072	8.903	31.383	91.200
ST-003	Altre relazioni	6.769	348	512	7.629	1.806	100	210	2.116	7.600
ST-004	Visite domiciliari	1.229	5.677	469	7.375	495	1.632	162	2.289	7.350
ST-005	Visite - Colloqui	15.294	103.980	3.267	122.541	4.037	22.096	1.012	27.145	122.540
ST-006	Riunioni sul caso	8.410	18.720	10.240	37.370	2.789	5.382	3.780	11.951	37.370
ST-007	Vaccinazioni	210	833		1.043	0	239		239	1.000
ST-008	Esami chimico - clinici	18.278	23.555	6.278	48.111	4.271	6.772	1.785	12.828	48.100
ST-009	Somministrazioni farmaci	49.169	91.257	5.668	146.094	12.733	26.236	1.896	40.865	146.050
ST-010	Psicoterapia individuale	1.519	369	1.024	2.912	401	106	324	831	2.900
ST-011	Psicoterapia familiare	155	39	823	1.017	40	11	254	305	1.000
ST-012	Conduzione di gruppi	1.345	33	239	1.617	408	9	44	461	1.600
ST-013	Test	1.101	16	95	1.212	294	5	26	325	1.200
ST-014	Attività in struttura semiresidenz.	5.004	31		5.035	1.317	9		1.326	5.000
ST-015	Interventi socio - riabilitativi	282	13	26	321	74	4	9	87	320
ST-016	Attività di prevenzione	571	2.020	882	3.473	162	581	252	995	3.450
ST-017	Rapporti con Comunità Therapeut.	315	281	63	659	126	81	27	234	650
TOTALE		301.358	329.509	55.784	686.651	64.741	86.935	24.141	175.817	686.330

RISORSE NECESSARIE (in milioni)	Anno 2000					Anno 2001				
	UDCD*	SerT1	SerT2	SerT3	Totale	UDCD*	SerT1	SerT2	SerT3	Totale
	214	5.124	4.722	1.708	11.768	198	5.165	4.754	2.112	12.229
						-7.5%	+0.8%	+0.7%	+23.7%	+3.9%

* UDCD = Ufficio di Direzione e Coordinamento del Dipartimento

A.4.1	SCHEDA BUDGET 2001 UFFICIO DIREZIONE E COORDINAMENTO D.d.D
RISORSE FINANZIARIE	

Costi	2000	2001	Obiettivo al 31/12/2001
	totale	1° trim.	
Beni sanitari	/	/	/
Beni non sanitari	2.011	1.829	2.100
Servizi sanitari e socio-sanitari	66.740	/	45.000
Servizi non sanitari	9.727	/	8.500
Personale	135.717	33.297	140.500
Altri costi	95	/	/
Quote ammortamenti	/	599	1.500
Totale	214.290	35.788	197.600

Importi espressi in migliaia di lire

A.4.2A	SCHEDA BUDGET 2001 SER.T. N. 1
	PRESTAZIONI – RISULTATI ATTESI

n.	Obiettivi di output	2000					2001	Obiettivo al 31/12/2001
		1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.	totale	1° trim.	

ST-001	Attività telefonica	22.880	31.550	31.140	36.680	122.250	16.380	121.000
ST-002	Relazioni	13.836	16.140	19.618	19.863	69.457	19.408	71.000
ST-003	Altre relazioni	1.371	1.458	1.960	1.980	6.769	1.860	7.200
ST-004	Visite domiciliari	236	256	329	408	1.229	495	1.260
ST-005	Visite - colloqui	3.114	4.053	4.041	4.086	15.294	4.037	15.600
ST-006	Riunioni sul caso	1.866	2.077	2.233	2.234	8.410	2.789	8.600
ST-007	Vaccinazioni	0	0	0	210	210	0	220
ST-008	Esami chimico - clinici	4.571	4.584	4.557	4.566	18.278	4.271	18.200
ST-009	Somministrazione farmaci	11.365	12.078	12.150	13.576	49.169	12.733	49.600
ST-010	Psicoterapia individuale	368	375	370	406	1.519	401	1.520
ST-011	Psicoterapia familiare	35	37	41	42	155	40	150
ST-012	Conduzione gruppi	177	378	376	414	1.345	408	1.460
ST-013	Test	206	298	296	301	1.101	294	1.130
ST-014	Attività in struttura semiresid.	1.036	1.210	1.376	1.382	5.004	1.317	5.000
ST-015	Interventi socio - riabilitativi	45	72	81	84	282	74	290
ST-016	Attività di prevenzione	132	140	144	155	571	162	630
ST-017	Rapporti con comunità terap.	69	73	76	97	315	126	310

Totale	61.307	74.779	78.788	86.484	301.358	64.795	303.170

Importi espressi in migliaia di lire



A.4.2B	SCHEDA BUDGET 2001 SER.T. N. 1
	RISORSE FINANZIARIE

Costi	2000	2001	Obiettivo al 31/12/2001
	totale	1° trim.	
Beni sanitari	858.785	244.428	900.000
Beni non sanitari	225.582	37.737	225.582
Servizi sanitari e socio-sanitari	838.993	637.970	838.993
Servizi non sanitari	232.185	76.879	232.185
Personale	2.827.793	732.477	2.827.793
Altri costi	82.423	20.088	82.423
Quote ammortamenti	58.911	22.198	58.911
Totale	5.124.672	1.771.777	5.165.887

Importi espressi in migliaia di lire

A.4.3A	SCHEDA BUDGET 2001 SER.T. N. 2
	PRESTAZIONI – RISULTATI ATTESI

n.	Obiettivi di output	2000					2001	Obiettivo al 31/12/2001
		1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.	totale	1° trim.	

ST-001	Attività telefonica	17.650	17.554	16.842	19.606	71.652	20.600	82.400
ST-002	Relazioni	2.618	2.891	2.456	2.720	10.685	3.072	12.288
ST-003	Altre relazioni	85	91	78	94	348	100	400
ST-004	Visite domiciliari	1.425	1.512	1.248	1.492	5.677	1.632	6.529
ST-005	Visite - colloqui	26.841	27.016	24.297	25.826	103.980	22.096	88.383
ST-006	Riunioni sul caso	4.720	4.912	4.109	4.979	18.720	5.382	21.528
ST-007	Vaccinazioni	310	15	19	489	833	239	958
ST-008	Esami chimico - clinici	5.974	6.024	5.410	6.147	23.555	6.772	27.088
ST-009	Somministrazione farmaci	23.127	22.948	21.204	23.978	91.257	26.236	104.946
ST-010	Psicoterapia individuale	114	121	25	109	369	106	424
ST-011	Psicoterapia familiare	11	13	0	15	39	11	45
ST-012	Conduzione gruppi	14	9	1	9	33	9	38
ST-013	Test	1	8	3	4	16	5	18
ST-014	Attività in struttura semiresid.	7	8	3	13	31	9	36
ST-015	Interventi socio - riabilitativi	2	4	1	6	13	4	15
ST-016	Attività di prevenzione	498	512	399	611	2.020	581	2.323
ST-017	Rapporti con comunità terap.	74	79	57	71	281	81	323

Totale	83.471	83.717	76.152	86.169	329.509	86.935	347.741

Importi espressi in migliaia di lire



A.4.3b	SCHEDA BUDGET 2001 SER.T. N. 2
	RISORSE FINANZIARIE

Costi	2000	2001	Obiettivo al 31/12/2001
	totale	1° trim.	
Beni sanitari	441.656	112.955	451.817
Beni non sanitari	17.408	2.500	10.067
Servizi sanitari e socio-sanitari	1.103.292	263.555	1.054.230
Servizi non sanitari	86.922	20.000	80.026
Personale	3.038.553	784.145	3.136.588
Altri costi	21.254	390	1.557
Quote ammortamenti	13.294	5140	20.562

Totale	4.722.379	1.188.685	4.754.847

Importi espressi in migliaia di lire

A.4.4A		SCHEDA BUDGET 2001 SER.T. N. 3						
		PRESTAZIONI – RISULTATI ATTESI						
n.	Obiettivi di output	2000					2001	Obiettivo al 31/12/2001
		1° trim.	2° trim.	3° trim.	4° trim.	totale	1° trim.	
ST-001	Attività telefonica	4.694	3.210	3.270	3.932	15.106	5.457	15.106
ST-002	Relazioni	422	2.645	3.010	5.015	11.092	8.903	11.092
ST-003	Altre relazioni	176	130	90	116	512	210	512
ST-004	Visite domiciliari	97	106	129	137	469	162	469
ST-005	Visite - colloqui	644	896	900	827	3.267	1.012	3.267
ST-006	Riunioni sul caso	2.035	3.316	2.616	2.276	10.240	3.780	10.240
ST-007	Vaccinazioni							
ST-008	Esami chimico - clinici	2.362	1.177	1.051	1.688	6.278	1.785	6.278
ST-009	Somministrazione farmaci	1.507	1.097	1.434	1.630	5.668	1.896	5.668
ST-010	Psicoterapia individuale	281	234	224	285	1.024	324	1.024
ST-011	Psicoterapia familiare	226	174	210	213	823	254	823
ST-012	Conduzione gruppi	49	66	48	76	239	44	239
ST-013	Test	24	24	20	27	95	26	95
ST-014	Attività in struttura semiresid.							
ST-015	Interventi socio - riabilitativi	4	10	9	3	26	9	26
ST-016	Attività di prevenzione	220	310	119	233	882	252	882
ST-017	Rapporti con comunità terap.	26	9	15	13	63	27	63
Totale		12.767	13.404	13.142	16.471	55.784	24.151	55.784



A.4.4B		SCHEDA BUDGET 2001 SER.T. N. 3		
		RISORSE FINANZIARIE		
Costi		2000	2001	Obiettivo al 31/12/2001
		totale	1° trim.	
Beni sanitari		35.000	11.582	47.000
Beni non sanitari		8.727	1.937	8.000
Servizi sanitari e socio-sanitari		657.822	242.239	968.957
Servizi non sanitari		9.802	3.457	14.000
Personale		985.203	266.072	1.064.289
Altri costi		9.804	n.d.	10.000
Quote ammortamenti		925	631	2.524
Totale		1.708.166	525.918	2.112.246

Importi espressi in migliaia di lire

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV Programmazione e controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie. (a cura di Giorgio Casati) McGraw-ill 2000
- Bergamaschi M.. Il collegamento tra budget e sistema premiante nelle Aziende sanitarie. Programmazione e controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie. (a cura di Giorgio Casati) McGraw-ill 2000
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Casati G. La programmazione ed il controllo di gestione nelle Aziende sanitarie. In Programmazione e controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie. (a cura di Giorgio Casati) McGraw-ill 2000
- E.A. Pessina. Il sistema di budget. In Programmazione e controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie. (a cura di Giorgio Casati) McGraw-ill 2000
- Francescani A. Il sistema di reporting. In Programmazione e controllo di gestione nelle Aziende Sanitarie. (a cura di Giorgio Casati) McGraw-ill 2000
- Grandori A., L'organizzazione delle attività economiche, Il Mulino, 1995
- Jefferson T., Demincherli V., Mugford M., La valutazione economica degli interventi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Montironi M., Genova M., Riorganizzare i servizi pubblici, Sviluppo & Organizzazione, n.167, 1998
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999



I SISTEMI DI REPORTING: PRINCIPI E CRITERI DI FUNZIONAMENTO

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Elisabetta Simeoni ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

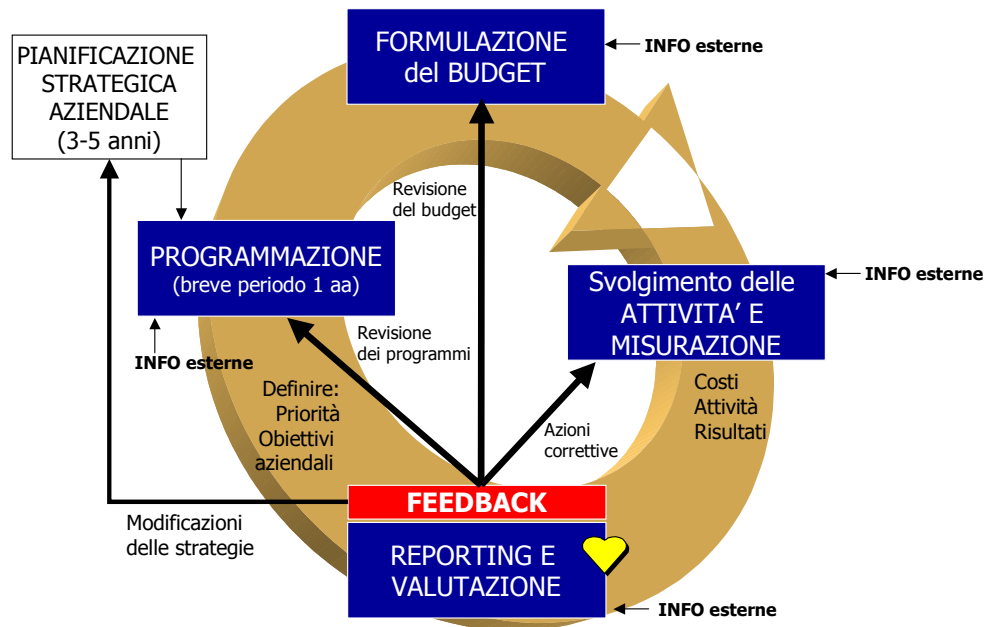
INTRODUZIONE

I sistemi di reporting intra-aziendali rivestono una importanza strategica nel mantenere il sistema organizzativo in piena efficienza e permettere la diffusione delle informazioni ai vari livelli interessati. Il sistema di reporting fa parte dei sistemi di programmazione e controllo essendo il “cuore” di tali sistemi. Il controllo infatti non può esplicarsi senza un passaggio tempestivo di informazioni sulle attività correnti e la programmazione non può essere fatta se non si è in possesso di informazioni e dati relativi alle attività, alle risorse impiegate e ai risultati ottenuti precedentemente.

I sistemi possono essere più o meno complessi e performanti in base alle necessità e alle risorse disponibili, ma il concetto principale da condividere è che non se ne può fare a meno. Anche a livello microorganizzativo, l'attività di reporting è fondamentale ed irrinunciabile. Nessun team sarà in grado di operare a lungo se gli operatori non hanno informazioni a feedback delle loro attività. I sistemi di reporting non devono però essere considerati una noiosa attività per documentare ai propri superiori le attività svolte, magari dopo mesi che sono terminate, ma con moderni ed efficienti sistemi devono essere in grado di far comprendere “just in time” se le attività programmate stanno rispettando le attese e se gli obiettivi prefissati vengono raggiunti. Tutto questo come è facilmente comprensibile rientra in una logica budgetaria di cui per l'appunto i sistemi di reporting fanno parte. In altre parole i sistemi di reporting traggono la loro validità ed utilità dalla preesistenza di un sistema di budget che fissi obiettivi verificabili, che espliciti un controllo costante delle attività e delle risorse consumate e ne “riferisca” rapidamente a chi può mettere in atto opportuni correttivi (se necessario).

Il processo di programmazione e controllo è un processo circolare e continuo dove il controllo (III fase – reporting) è il “cuore” del ciclo di Antony perché lì si attiva il processo decisionale.

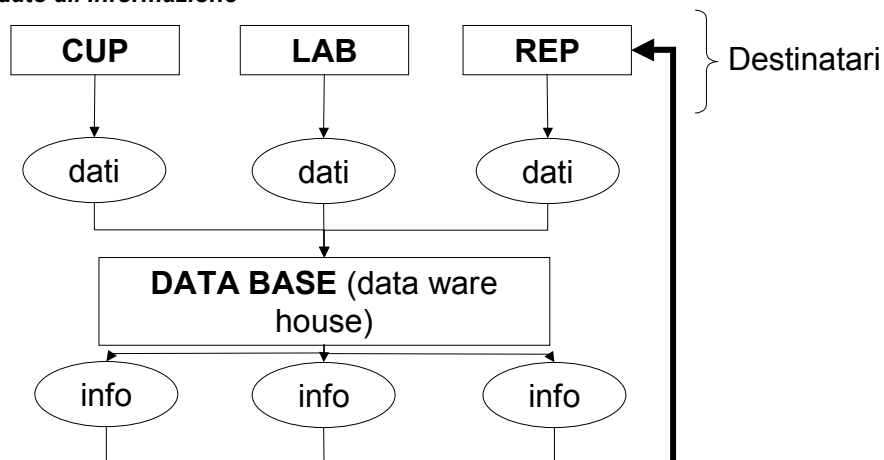
Fig. 1: Il ciclo di Anthony e il reporting



DEFINIZIONE: IL SISTEMA DI REPORTING (S.R.)

Il sistema di reporting è una “Attività di comunicazione” finalizzata alla produzione di informazioni “just in time” tramite la raccolta e l’elaborazione di dati, a supporto del processo di budgeting e del decision making.

Fig. 2: Dal dato all’informazione



Nell'attività di reporting è necessario tenere in considerazione che i destinatari (riceventi) sono portatori di **CONTROLLO DI GESTIONE**, propria responsabilità.



specifiche, pregiudizi e credenze. Tutto questo deve essere tenuto in considerazione al fine di confezionare informazioni che siano poi recepite in modo giusto e per le necessità emergenti.

TIPO DI COMUNICAZIONE

Le comunicazioni possono essere di vario tipo: orali, scritte, in forma scritta discorsiva (poco immediata ma più orientante e fedele alle interpretazioni del reportista), in forma tabellare (asettica, richiede l'interpretazione del lettore), in forma grafica (immediata, meno specifica e dettagliata).

FINALITÀ DEL REPORTING

Le finalità del report possono essere di tipo generale e specifico.

Le *generali* sono:

- diffondere conoscenze all'interno dell'azienda;
- stimolare l'attenzione;
- far capire situazioni e fenomeni;
- produrre interventi.

Mentre le *specifiche* sono:

- *di conoscenza*: fornire conoscenze strutturate e di tipo generale sul contesto aziendale in cui si opera, anche non in relazione con l'ambito di responsabilità. Fornire inoltre conoscenze generali comuni a tutti i responsabili dei diversi settori attraverso report non standardizzati.
- *di controllo*: finalizzate a prendere decisioni spesso per problemi specifici, fornire report centrati sulle variabili su cui i dirigenti sono responsabilizzati. Fornire inoltre conoscenze specifiche all'ambito di azione e responsabilità attraverso report standardizzati.
- *decisionali*: fornire informazioni in relazione diretta con le decisioni da prendere.

TIPOLOGIA DEI REPORT

I report possono quindi essere classificati in: di conoscenza, di controllo e decisionali.

I primi in particolare possono essere di vario tipo:

- di routine (strutturati, periodici, standard);
- di approfondimento (a richiesta) più analitici;
- non strutturati, ad hoc, per problemi specifici.

Essi possono essere distribuiti in forma congiunta o in forma disgiunta. La decisione di fornire i report nelle varie forme dipende dalle esigenze informative e dalle strategie aziendali. La diffusione di informazioni utili comporta anche che si definisca il livello di volume informativo che si vuole diffondere, valutando anche che un volume molto alto di informazioni può generare disorientamento soprattutto nei processi decisionali.

Fig. 3: Classi e Report

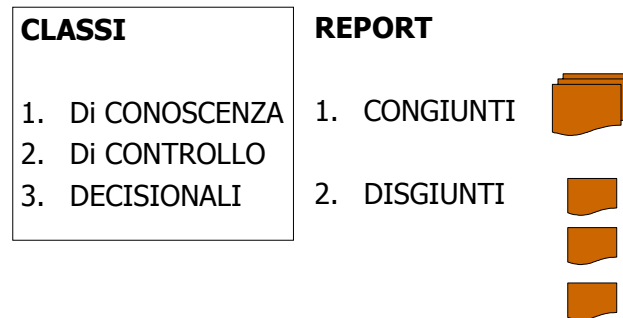
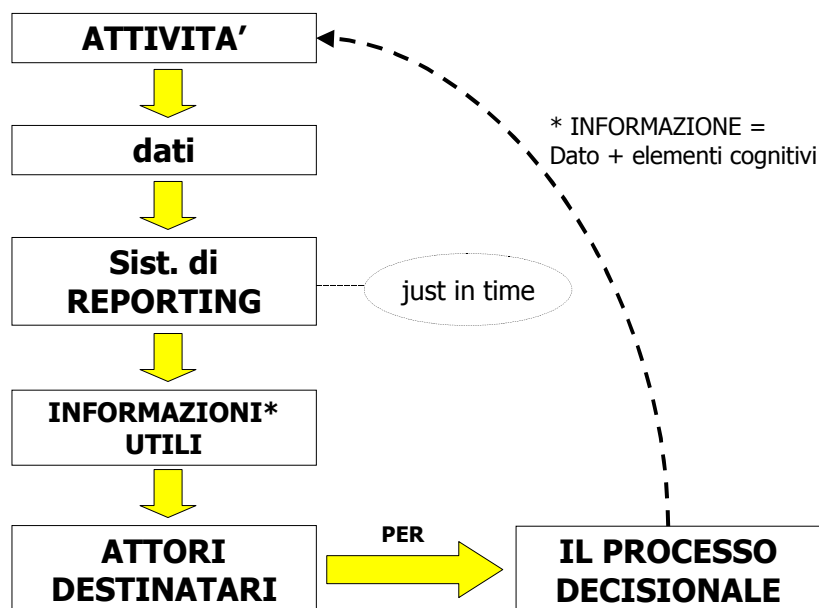


Fig. 4: Dal dato all'informazione



REPORTING: SPECIFICITÀ DELLE INFORMAZIONI

Le informazioni da inviare devono avere un grado di dettaglio idoneo a far comprendere la situazione delle variabili da governare (cogliere problemi) creando la possibilità di prendere decisioni e mettere in atto azioni correttive (intervenire praticamente).

Le informazioni inoltre devono essere in grado di far valutare i risultati delle attività (controllare gli effetti) e devono essere tarate sul livello gerarchico (reale potere decisionale) con il giusto grado di dettaglio e di aggregazione.

I vari operatori con i vari ruoli e livelli gerarchici infatti hanno bisogno di informazioni diversificate soprattutto nel grado di dettaglio ed aggregazione e nella specificità dei contenuti.



Più aumenta il livello gerarchico e più aumenta il grado di aggregazione delle informazioni e più diminuisce il grado di dettaglio necessario.

Le informazioni necessarie infatti per la direzione strategica, sono più di tipo gestionale, amministrativo e contabile con alto grado di aggregazione, mentre per le U.O. di tipo clinico le informazioni devono essere più dettagliate e maggiormente orientate alle attività cliniche e ai risultati ottenuti sia in termini di output che di utilizzo particolareggiato delle risorse. Nel confezionare i report sarà quindi necessario trovare il giusto bilanciamento.

Fig. 5: Specificità delle informazioni

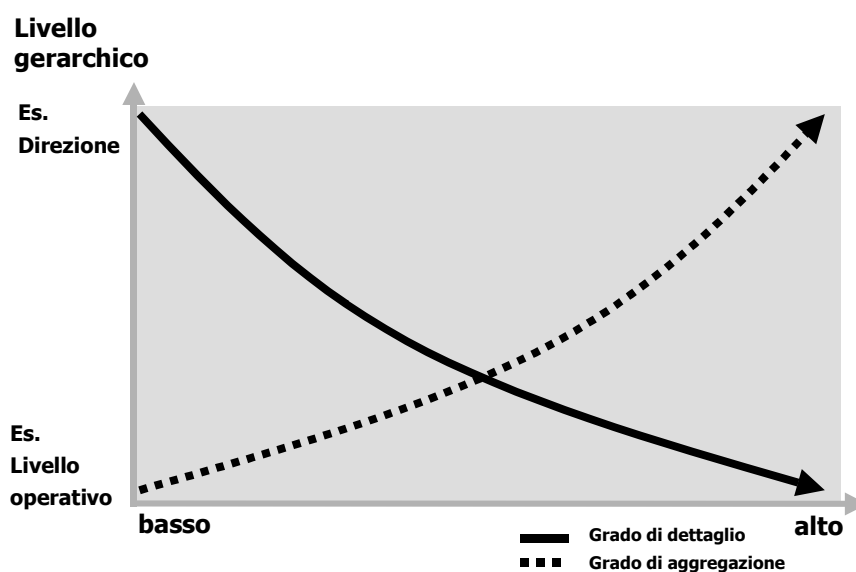
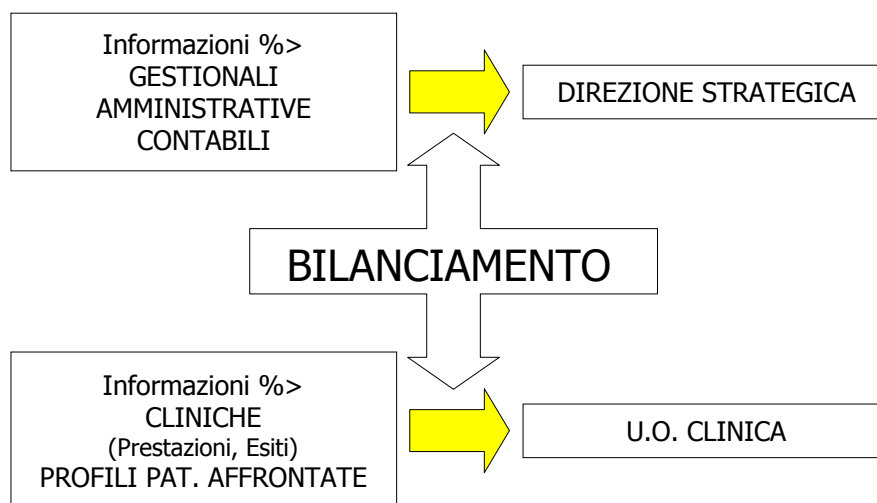


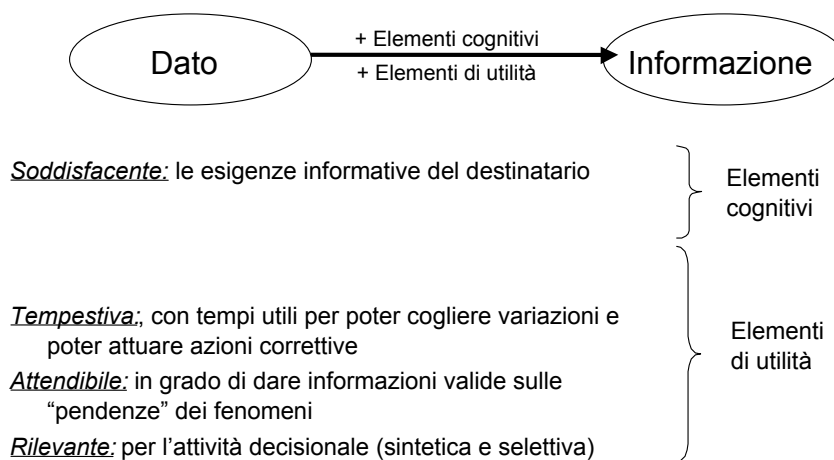
Fig. 6: Dal dato all'informazione



TIPOLOGIA PREVALENTE DELLE INFORMAZIONI E LIVELLI Nel confezionare i report va anche tenuto in considerazione che il dato diventa informazione quando vi è una aggiunta di elementi cognitivi, cioè è in grado di soddisfare le esigenze informative del destinatario, e di elementi di utilità.

Questi elementi riguardano la tempestività, l'attendibilità e la rilevanza. La figura successiva definisce questi concetti.

Fig. 7: Dal dato all'informazione



La tempestività è la caratteristica da tenere più in considerazione. Poter intervenire sui fenomeni prima che questi diventino imm modificabili, è sicuramente una cosa da perseguire. Per tale motivo le attività di feedback dei report devono essere più rapide possibile. Un ottimo rapporto fornito alla fine di una attività e che non permetta l'intervento correttivo, perde la sua utilità e quindi la sua principale ragione di essere.

Vale quindi la pena di distinguere i "progress report" dai "final report" che sono delle prese d'atto finalizzati soprattutto ad una valutazione statica che non attiva interventi correttivi sulle attività.

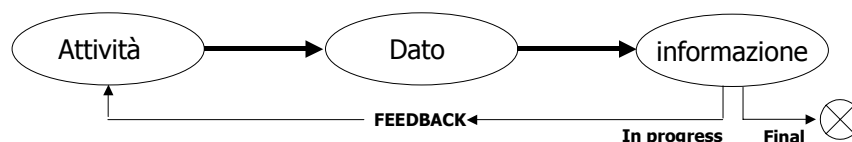
CRITERI PER LA COSTRUZIONE DI UN SISTEMA DI REPORTING COLLEGATO AL BUDGET

criteri principali per la costruzione di un sistema di reporting sono molti ed in particolare:

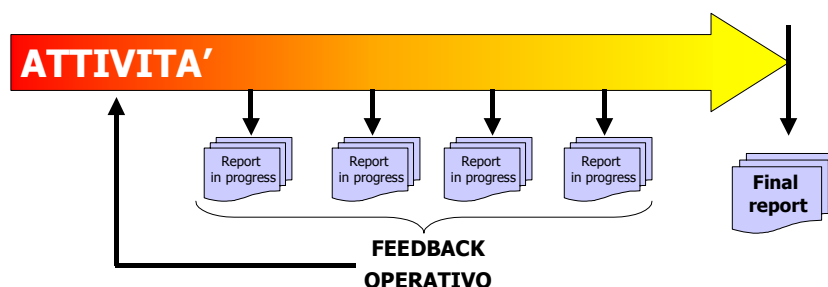
1. rilevanza;
2. controllabilità;
3. concisione/selettività;
4. gerarchizzazione;
5. frequenza/tempestività;
6. attendibilità;
7. comprensibilità;
8. confrontabilità,



Fig. 8: I



- **Tempestiva:** con tempi utili per poter cogliere variazioni e poter attuare azioni correttive



Ne esistono anche altre, quali ad esempio: Orientamento, Bilanciamento, Leggibilità e Flessibilità.

La tabella successiva riporta in sintesi i criteri principali e le specifiche di essi.

Tab.1: Criteri per il reporting

	CRITERI	SPECIFICHE
1	Rilevanza	In grado di cogliere variabili importanti per il destinatario.
2	Controllabilità	Delle variabili di riferimento su cui si esegue l'informazione (da parte del destinatario dell'informazione): possibilità da parte del destinatario di incidere realmente con correttivi.
3	Concisione/selettività:	Rapporto tra informazioni determinanti e informazioni non indispensabili.
4	Gerarchizzazione	Dettaglio e grado di aggregazione dei dati in base al livello gerarchico (decisionale) e l'uso futuro del destinatario.
5	Frequenza/tempestività	Adatta a permettere l'attivazione di azioni correttive valide ed in tempo utile, coerente con i tempi di variazione del fenomeno e la fattibilità del report.
6	Attendibilità	Delle informazioni: fortemente dipendente dall'affidabilità delle fonti dei dati, accuratezza e motivazione del "data enter".

7	Comprensibilità	Bassa ridondanza, densità e leggibilità dei dati, bassa presenza di variabili inutilizzate nel processo di decisioni.
8	Confrontabilità	Presenza di un parametro di confronto (visualizzazione degli scostamenti) in termini: spaziali temporali e standard.
9	Orientamento	Individuare variabili da privilegiare sulla base dei bisogni informativi.
10	Controllabilità	Delle variabili di riferimento su cui si esegue l'informazione (da parte del destinatario dell'informazione): possibilità da parte del destinatario di incidere realmente con correttivi.
11	Bilanciamento	Tra tempestività e precisione della fornitura dell'informazione: concentrare l'attenzione più sui trend che sul dato puntuale.
12	Leggibilità	Con forma discorsiva, tabellare e grafica.
13	Flessibilità	Poter variare i profili di report in base alle esigenze informative estemporanee.

Fig. 9: Confrontabilità

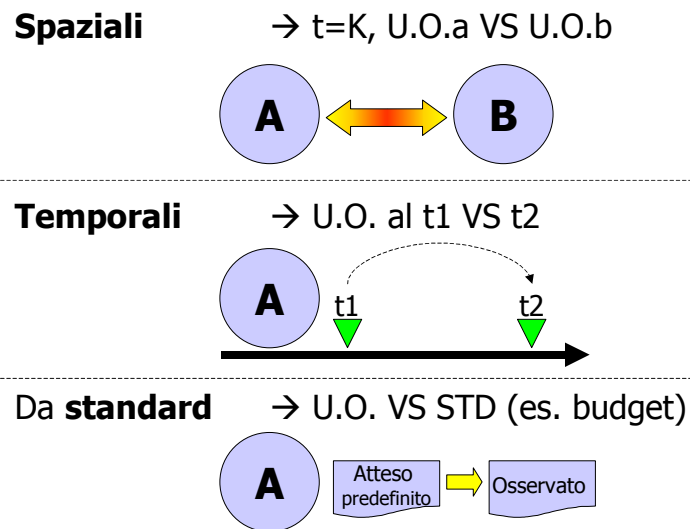




Fig. 10: Esempio di uno schema per un report annuale delle attività di un Dipartimento delle Dipendenze in 10 punti.

1. Introduzione e premesse 1.1. Considerazioni sul fenomeno 1.2. Le strategie generali e i riferimenti di base 1.3. I bisogni e le priorità 1.4. Considerazioni sintetiche alle tabelle 1.5. Le dipendenze affrontate e le dipendenze da affrontare 1.6. La necessità di introdurre un orientamento scientifico 1.7. Gli obiettivi generali 2000 e grado di raggiungimento
2. Bacino di utenza (i bisogni)
3. Organizzazione e risorse 3.1. Organizzazione del Dipartimento delle Dipendenze 3.1.1. componenti del nucleo ristretto 3.1.2. unità organizzative del Dipartimento 3.1.3. struttura di coordinamento 3.1.4. dipartimento allargato (nucleo di consenso) 3.1.5. unità ed organizzazioni convenzionate (elenco e caratteristiche) 3.2. Dotazioni organiche 3.3. Dislocazione delle strutture
4. Carico di utenza: 4.1. Tossicodipendenti: 4.1.1. presso i Ser.T 4.1.2. in comunità terapeutica: 4.1.2.1. in comunità convenzionate 4.1.2.2. in comunità diurna pubblica 4.1.3. in carcere (unità funzionale td – UFTD) 4.2. Alcolodipendenti: 4.2.1. presso i Ser.T 4.2.2. in comunità terapeutica
5. Prestazioni: 5.1. Scheda budget 2000 (risultati attesi) 5.2. Risultati osservati al 31.12.2000 5.3. Analisi per singolo Ser.T 5.4. Analisi degli indici di performance
6. Attività di progetto: 6.1. Progetti a carico di finanziamenti Regionali 6.2. Progetti e attività a carico di finanziamenti Aziendali
7. Costi: 7.1. Ser.T 7.2. Alcologia 7.3. Ufficio di coordinamento 7.4. Comunità terapeutiche
8. Incarichi e progetti speciali (Regionali, Ministeriali, Europei)
9. Diario delle principali Attività 9.1. Progetti a valenza Regionale 9.2. Progetti Ministeriali 9.3. Progetti Europei 9.4. Descrizione sintetica 9.5. Riepilogo degli incontri di Dipartimento (punti discussi)

10. Commenti dei responsabili sulle proprie attività e sulle problematiche riscontrate
10.1. Ser.T 1
10.2. Ser.T 2
10.3. Ser.T 3
10.4. Servizio di Alcologia
10.5. Comunità A
10.6. Comunità B
10.7. Comunità C
10.8. Comunità D

Tab. 2: Elenco di principali report da realizzare (output) e da ricevere (input) per il Dipartimento delle Dipendenze e frequenza attesa per le attività di programmazione e controllo (interne ed esterne)

	N.	TIPO DI REPORT	CONTENUTI PRINCIPALI	DESTINATARI PRINCIPALI	FREQUENZA MINIMA
In OUTPUT (debito informativo)	1	Prestazioni erogate	Elenco e volume delle prestazioni erogate secondo le codifiche preconcordate	Controllo di gestione	Mensile
	2	Utenti in carico	Scheda Ministero della Salute "SEM.01"	Ministero della Salute e Regione	Semestrale
	3	Utenti in carico	Schede Ministero della Salute "SER.xx", "ANN.xx" e "ALC.xx"	Ministero della Salute e Regione	Annuale
	4	Costi generati	Singole voci di costo secondo il profilo aziendale	Controllo di Gestione	Real time attraverso il sistema della contabilità analitica
	5	Report su progetti	Risultati (output e outcome osservati) e costi	Direzione ASL e finanziatori	Semestrale (progress) Annuale (final)
	6	Report di attività annuale	Considerazioni generali e analitiche delle attività svolte in relazione ai bisogni e alla domanda (vedi prospetto)	Direzione ASL	Annuale
	7	Utenti in carico a strutture socio-riabilitative	Schede di rilevazione "Andamento del fenomeno droga"	Prefettura	Trimestrale
In INPUT (credito informativo)	1	Piano strategico aziendale	Indicazioni strategiche per l'allineamento degli obiettivi e la programmazione generale degli interventi e delle politiche	Direzione strategica	Annuale (inizio)
	2	Budget annuale	Obiettivi di attività e risorse dedicate	Direzione strategica	Annuale (inizio)
	3	Scostamenti da budget (prestazioni – attività)	Scostamenti rilevati dalle prestazioni attese (budget) e quelle trasmesse all'ufficio controllo di gestione	Ufficio controllo di gestione	Mensile
	4	Scostamenti da costi previsti (personale, farmaci, beni e servizi ecc.)	Scostamenti rilevati dai costi attesi (budget) e quelli trasmessi all'ufficio controllo di gestione	Ufficio controllo di gestione	Mensile
	5	Resoconto attività e costi su utenti inviati dal Dipartimento alle comunità t.	Giorni di presenza dei singoli utenti inviati, costi (fatture) da inoltrare per pagamento	Comunità Terapeutiche convenzionate	Mensile



CONCLUSIONI

I sistemi di reporting trovano la loro applicazione sia all'interno dell'azienda in generale che anche nelle attività di progetto. Per questi aspetti si rimanda anche all'articolo sulla valutazione ex-ante. In questo ambito si vuole sottolineare semplicemente l'importanza che questi sistemi rivestono se soprattutto viene rispettato, al di là della qualità delle informazioni trasmesse, anche il criterio della tempestività. Nessuna informazione è utile dopo che è passato il tempo entro il quale, sulla base di tali informazioni, si potevano prendere decisioni per migliorare le attività cliniche o amministrative.

BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R., Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, progettare per la sanità, Gennaio 1997
- AA.VV Atti del convegno "Il Dipartimento ospedaliero", Università L.Bocconi, novembre 1996
- AA.VV Dichiarazione etica contro le droghe. A cura di G. Serpelloni -Edizioni La Grafica, Gennaio 1999
- AA.VV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
- AA.VV Eroina, infezione da HIV e patologie correlate. A cura di G. Serpelloni, G.Rezza, M.Gomma - Leonard Edizioni, Aprile 1995
- Agliati M., Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi, EGEA, 1996
- Amarilli F., Mainetti S., Onagro E., L'utilizzo delle tecnologie intranet per lo sviluppo degli enti locali: il caso della Comunità Montana della Valle Canonica Sistemi di Impresa, 1999
- Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Veneto, Le politiche regionali per una società libera dalle droghe, Ediz. La Grafica, Novembre 2000
- Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
- Berbari G., Biazio S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
- Biffi A., Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management, Economia & Management, 1997
- Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
- Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000
- Borgonovi E., Introduzione all'economia dell'amministrazione pubblica, Giuffrè, 1984
- Borgonovi E., Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, EGEA 1996
- Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Caccia C., Longo F., L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico, Mecosan, 1995
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999
- Cartoccio A., Fabbro M., Complessità organizzativa e sviluppo manageriale, Sviluppo e Organizzazione, n°131 1992
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997
- Costa G., Nacamulli R.C.D., Manuale di organizzazione aziendale, UTET
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1194
- Di Stanislao F., Liva C., Accredimento dei servizi sanitari in Italia, Centro Scientifico Editore, 1998
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users, emcdda, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Galbraith J., La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni, Problemi di gestione, vol.9, 1975
- Galbraith J., Organization design, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Grandori A., L'organizzazione delle attività economiche, Il Mulino, 1995
- Grandori A., Organizzazione e comportamento economico, Il Mulino, 1998
- Grilli R., Penna A. e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Guarnieri F., Guarnieri L., Guarnieri D., Il diritto di accesso ai documenti amministrativi, Giuffrè Editore, 1999
- Guzzanti E. et AL, Aree funzionali omogenee e dipartimenti, Federazione Medica, 4-8, novembre 1994
- Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling&Kupfer, 1993

- Jefferson T., Deminchelli V., Mugford M., La valutazione economica degli interventi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Marchiali R., Rognoni G., Cause Effetti in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994
- Meneguzzo M., Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione dell'efficacia dei network sanitari, Mecasan, n°19 1996
- Mintzberg H., Le strutture organizzative, Il Mulino, 1985
- Montironi M., Genova M., Riorganizzare i servizi pubblici, Sviluppo & Organizzazione, n.167, 1998
- Morandi E., Gonano E., Trasparenze & Privacy in sanità, Edizioni Cidas 1998
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Normann Richard, La gestione strategica dei servizi, ETASLIBRI, 1984
- Oggioni E., Le organizzazioni professionali a network, Sviluppo & Organizzazione, n°.140, 1993
- Peppard J., Rowland P., Business Process Reengineering, Prentice Hall, 1995
- Perrone V., Le strutture organizzative d'impresa, EGEA, 1990
- Porter M., Il vantaggio competitivo, Edizioni di Comunità, 1987
- Rachele U., Perrone V., Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo, Economia & Management
- Ruffini R., Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, Mecosan n°18, 1996
- Rugiadini A., Organizzazione d'impresa, Giuffrè, 1979
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, 1996
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999
- Wilkinson, Accounting and information system, John Wiley & Son.s, 1991



TEAM WORKING, COMPORTAMENTO ORGANIZZATIVO E MULTIDISCIPLINARIETÀ

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Elisabetta Simeoni ²⁾, Franco Aldegheri ³⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

3. Sezione Screening HIV - Centro di Medicina Preventiva - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

L'elemento umano in una azienda socio-sanitaria e particolarmente nel dipartimento delle dipendenze è di fondamentale importanza per il buon funzionamento dell'organizzazione e la generazione di offerte assistenziali di qualità. La visione dell'organizzazione solo attraverso i processi, le risorse, le regole e i protocolli e quant'altro faccia parte della componente "strutturale", è sicuramente riduttivo e appartenente ad un passato che pensava erroneamente che bastasse ottimizzare le procedure ed agire sull'organizzazione tecnica dell'azienda per poter assicurare un prodotto di qualità. La visione efficientista dell'organizzazione ha sicuramente dei lati positivi ma non può prescindere dal fatto che a "fare le cose non sono le procedure ma chi le esegue". I moderni orientamenti organizzativi infatti ritengono le politiche sul personale il fattore strategico principale da tenere in forte considerazione per assicurare il successo delle attività e dare soddisfazione alla domanda e ai bisogni dei cittadini. Nella moderna visione sistemica contingente, una azienda sanitaria prevede nel suo interno una serie di variabili organizzative che determinano la sua struttura e suo funzionamento.

Queste variabili sono:

- la struttura organizzativa cioè l'insieme degli elementi di base del sistema dei ruoli dell'azienda; essa esprime i criteri di fondo con cui viene attuata la divisione del lavoro tra i diversi operatori. Essa potrebbe essere definita come lo "scheletro" che dà visibilità ai ruoli, alle gerarchie di potere e ai contenuti (organigramma).
- i meccanismi operativi cioè le regole formali di funzionamento dell'organizzazione con finalità di trasmettere "l'intelligenza" dell'organizzazione (processi, procedure eccetera).
- La cultura e il potere organizzativo e cioè i comportamenti organizzativi, le culture esistenti, le regole informali "non scritte", i limiti di accettabilità che si è data l'organizzazione, ecc..

Questo ultimo punto è chiaramente correlato agli operatori ed è di fondamentale importanza per il funzionamento dell'azienda. Le aziende infatti sono sempre più orientate ad essere un "insieme di professionisti" con alta specializzazione, autonomia e responsabilità.

La aziende possono essere categorizzate in base alla loro centratura in:

- labor intensive: centrata sul lavoro/servizi;
- capital intensive: centrata sul capitale netto;
- personality intensive: alta intensità di qualità di personale per particolari prestazioni con alta attenzione alle relazioni interne tra operatori.

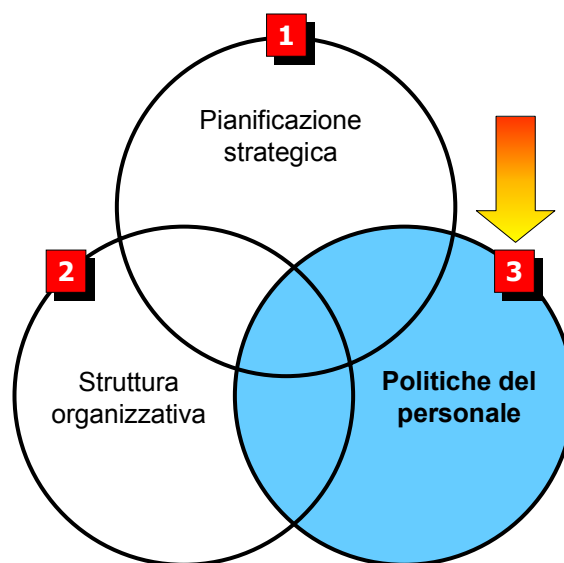
Vi possono quindi essere diverse impostazioni dell'azienda in base al tipo di organizzazione e alla centratura sul personale. La visione meccanicistica centra l'attenzione sulle "strutture" e non su chi fa le cose (e cioè il personale) mentre la visione contingente sistemica centra l'attenzione sugli operatori e sui processi da loro utilizzati per raggiungere gli obiettivi di output. Sempre di più quindi risulta importante la gestione del personale.

Con questo termine si devono intendere tutte le attività atte al miglior utilizzo delle persone. La gestione del personale fa parte dei "meccanismi operativi" dell'azienda ed è una attività a valenza strategica. Va ricordato che esiste una differenza tra la gestione del personale e "l'amministrazione" del personale e che questa è palese anche se non scontata.

L'amministrazione del personale si occupa delle coerenze contrattuali, delle pratiche, degli stipendi, degli straordinari eccetera. La gestione del personale si occupa invece dei comportamenti, delle relazioni, del potere organizzativo e della motivazione del personale. La gestione di questa ultima condizione, soprattutto nel campo della cura delle dipendenze da sostanze, riveste una fondamentale importanza.

La gestione del personale e più in particolare le politiche sul personale è uno dei tre elementi che viene considerato nodale dell'azienda insieme alla pianificazione strategica e alla struttura organizzativa.

Fig. 1: I tre elementi nodali dell'azienda





PREREQUISITI PER ATTIVARE UN TEAM WORKING

Il gruppo – Alcuni concetti teorici di base

Si trovano in letteratura varie concettualizzazioni del termine “gruppo”, che differiscono per le teorie di riferimento e per i “fattori chiave” che vengono maggiormente posti in luce: per esempio, “l’esperienza di un destino comune”, oppure “l’esistenza di una certa struttura sociale”, formale o informale, o ancora “l’interazione faccia a faccia” tra i membri che compongono il gruppo.

La parola “gruppo” può essere comunemente usata per referenti diversi: si può parlare di gruppo per indicare alcune persone che stanno aspettando l’autobus lungo la strada, o dei ragazzini che stanno giocando. Sono gruppi la famiglia e la squadra di calcio, gli abitanti di un quartiere, gli esercenti una determinata professione, gli appartenenti a una nazione o a una etnia. E’ anche importante considerare la differenza tra il punto di vista di un osservatore esterno e quello di chi fa invece parte dell’eventuale “gruppo” in questione.

Molto diversa può essere infatti la percezione di ciò che accomuna i membri di un gruppo. Potrebbero condividere un’attività, o una condizione, o uno scopo, o una qualità, con diversi livelli di consapevolezza. Conseguentemente varia la delimitazione di ciò che costituisce oggetto di interesse per l’osservatore. Per esempio, l’influenza che viene esercitata su un individuo per il fatto di appartenere a un certo gruppo: essa può essere molto forte in alcuni casi, come per la nazionalità o l’etnia. Molti comportamenti della persona possono essere spiegati dal fatto di avere una determinata nazionalità, quindi abitudini, linguaggi, gusti, valori, in breve una certa cultura. In altri casi l’essere membro del gruppo influenza il comportamento solo in certi momenti e superficialmente: chi partecipa a un gioco ne rispetta le regole, ma una volta giunto al termine le sue motivazioni cambiano. Infine ci sono situazioni in cui può essere considerata quasi nulla l’influenza esercitata sull’individuo dal fatto di essere membro di un gruppo, in special modo se quest’appartenenza non è soggettivamente percepita: chi sta aspettando l’autobus può non sentirsi affatto accomunato agli altri, insieme ai quali eventualmente si trovi. In tale situazione, potrebbe diventare di preminente interesse osservare l’influenza che deriva non già dall’appartenenza al gruppo, ma dal comportamento di ognuno degli altri individui.

Posto quindi che, come si è detto, esistono diversi criteri di concettualizzazione del gruppo, e sempre rimanendo nella prospettiva del soggetto che ne è membro, può essere adottata in sintesi la seguente definizione: “un gruppo è un insieme dinamico, costituito da individui che si percepiscono vicendevolmente come più o meno interdipendenti per qualche aspetto”.

Il gruppo esiste, pertanto, quando gli individui divengono consapevoli che, in qualche modo, il loro destino è collegato a quello del gruppo (“interdipendenza del destino”, secondo K.Lewin). Una esemplificazione sperimentale di questo processo è stata data da Rabbie e Horowitz (1969), che formarono tre gruppi su base casuale, con alunni di scuola elementare che non si erano mai visti. I gruppi furono contrassegnati ciascuno con il nome di un colore, e vennero lasciati lavorare liberamente su alcuni problemi. Successivamente fu comunicato, a due dei tre gruppi, che sarebbe stata sorteggiata tra loro una ricompensa per l’aiuto fornito alla ricerca, mediante il lancio di una moneta al quale entrambi i gruppi avrebbero assistito. Soltanto un gruppo sarebbe stato premiato, in modo tale da creare le condizioni per l’instaurarsi della “interdipendenza del destino”: ricompensa o frustrazione. Il terzo gruppo di alunni, che fungeva da controllo, era stato tenuto all’oscuro di tutto. Infine a tutti i partecipanti fu chiesto, privatamente, di esprimere i propri giudizi nei confronti degli altri alunni. I giudizi formulati dai membri dei due gruppi sperimentali risultarono differenti: venivano cioè espressi giudizi a favore degli appartenenti al proprio stesso gruppo. I giudizi espressi dal gruppo di controllo erano invece uguali per tutti gli alunni.

Non è questa la sede in cui approfondire le considerazioni sopra riportate, e la definizione di “gruppo” alla quale fanno riferimento. E’ tuttavia importante rilevare come quei concetti possano essere legittimamente riferiti a un particolare tipo di gruppo, sul quale unicamente si concentrerà l’attenzione d’ora in avanti: il “gruppo di lavoro” (“working team”).

Il gruppo di lavoro

Nel gruppo di lavoro (working team), oltre alla interdipendenza del destino emerge un altro aspetto caratterizzante, che si può definire “interdipendenza del compito”, quando cioè esiste un obiettivo da raggiungere, un compito da assolvere, tale che i risultati di ciascun membro hanno implicazioni per i risultati degli altri. Questa interdipendenza può essere definita “positiva”, quando dà luogo all’instaurarsi di sentimenti di cooperazione e coesione tra i membri, favorendo una migliore prestazione del gruppo; oppure “negativa”, quando prevale la competizione che conduce a insicurezza, riduzione della coesione e peggioramento della prestazione complessiva. Tali i risultati di una sperimentazione condotta nel 1949 da M. Deutsch, con gruppi di studenti ai quali venivano affidati due tipi di compiti, uno privo di criteri chiari per obiettivare i risultati, se non attraverso il consenso del gruppo (discussione di un problema di relazioni umane), l’altro invece che permetteva un’azione personale anche senza il contributo dei compagni (ricostruzione di un puzzle). Una metà dei gruppi ebbe l’informazione che il loro lavoro sarebbe stato valutato in quanto lavoro di gruppo, mentre per l’altra fu annunciata una valutazione individuale nei termini del contributo personale al raggiungimento degli obiettivi del gruppo. Si veniva a determinare pertanto una situazione di collaborazione nel primo caso, di competizione nel secondo. I risultati dell’esperimento portarono alla conclusione che la situazione di cooperazione, più che quella di competizione, mostra caratteristiche di coordinazione degli sforzi, suddivisione dei compiti, pressione a raggiungere lo scopo, attenzione agli interventi dei colleghi, comprensione reciproca, atmosfera amichevole, produttività per unità di tempo, qualità del lavoro. Numerosi altri studi hanno indagato più specificamente le diverse situazioni in cui viene a crearsi una polarità collaborazione/competizione, dato che la ricerca di un ottimale equilibrio tra esse è da ritenersi uno dei problemi principali nella prospettiva del gruppo di lavoro.

La teoria “dei gruppi ottimali” si basa sul concetto di interazione degli elementi che compongono il gruppo; l’interazione si sviluppa intorno a due concetti essenziali:

1. Percezione di uno scopo comune.
2. Formazione di relazioni tra le persone.

Il primo fattore consente l’utilizzazione dell’energia apportata dai membri per il raggiungimento dello scopo, rendendo possibile la distinzione tra il gruppo e la semplice somma degli individui. A questo punto anche altri aspetti assumono un’importanza determinante: il legame tra i membri, la composizione del gruppo, la qualità degli obiettivi. Affinché si possa sviluppare un gruppo è necessario che le persone siano motivate a mobilitarsi per il raggiungimento dello scopo, che vi sia una adeguata giustificazione della quantità d’energia necessaria per raggiungerlo, che gli obiettivi vengano dati in modo chiaro e tale da permettere la partecipazione e il coinvolgimento di tutti. Risulta così essenziale che per la formazione di uno scopo comune vi sia l’armonizzazione delle diverse percezioni dello scopo. Gli obiettivi devono essere, oltre che chiari, stimolanti per tutti i membri, in modo da permettere che venga attivata una stessa linea d’azione.

Il secondo elemento che assume grande rilievo sono i rapporti che si instaurano all’interno del gruppo. La natura di tali rapporti influisce sulla possibilità che un gruppo si formi: in questa fase è cruciale la scelta dei futuri membri, essendo importante che le persone siano obiettivamente partecipi dello scopo comune e che si sentano soggettivamente motivate alla condivisione con gli altri. Da questo punto di vista anche il numero dei partecipanti diventa un ulteriore aspetto rilevante: la dimensione che può essere ritenuta ottimale oscilla tra un minimo di tre e un massimo di venti individui.

Date queste condizioni, il gruppo di lavoro può essere definito come il campo psicologico prodotto dall’interazione di tre o più persone riunite in una situazione faccia a faccia alla ricerca, definizione e raggiungimento di uno scopo comune.

Per attivare un gruppo di lavoro è dunque necessario che i componenti del gruppo sappiano in anticipo quale sia il compito del gruppo e quindi è necessario che vi sia una esplicitazione ex-ante dei seguenti punti e criteri:



- finalità del gruppo;
- obiettivo chiaro e realistico definendo la necessità di avere soluzioni ottenibili con la convocazione di un gruppo di lavoro specifico;
- commitment formale;
- interesse comune da parte dei membri del gruppo con fiducia reciproca ed equità all'interno del gruppo;
- risorse adeguate per svolgere delle attività (tempo, risorse finanziarie, competenze, attitudini).

L'esistenza di queste condizioni assicura che il team sia ben orientato e coeso al fine di iniziare a lavorare in un contesto che permetta l'espressione delle operatività e il raggiungimento degli obiettivi.

Nel contesto generale delle situazioni di fattibilità di cui tenere conto, esistono anche alcune variabili individuali dell'operatore da tenere in considerazione per l'attivazione di un gruppo ed in particolare sono quelle che possono intervenire sul comportamento dell'individuo. L'operatore infatti deve possedere alcune caratteristiche di base quali ad esempio: saper gestire l'emotività, il rischio (attitudine), saper prendere decisioni, parlare in gruppo, condurre una riunione, relazionare con il cliente e gestire la comunicazione interpersonale con i collaboratori.

VANTAGGI DEL LAVORO DI GRUPPO

I vantaggi del gruppo di lavoro multidisciplinare sono molti e possono essere così definiti:

- *Cognitivo*: allargamento delle responsabilità ed elaborazioni più ricche.
- *Motivazionale*: condivisione delle decisioni con aumento della motivazione professionale.
- *Relazionale*: aumento dell'affettività, del riconoscimento e del senso di appartenenza.
- *Organizzativo*: aumento dell'integrazione con promozione della condivisione delle conoscenze, dei linguaggi, dei metodi ed alla fine degli obiettivi, della mission e della vision.

Vi è inoltre una maggior diffusione delle conoscenze con una loro capitalizzazione all'interno dell'organizzazione. Il tutto porta sicuramente ad una diminuzione delle possibilità di errore nella decisione.

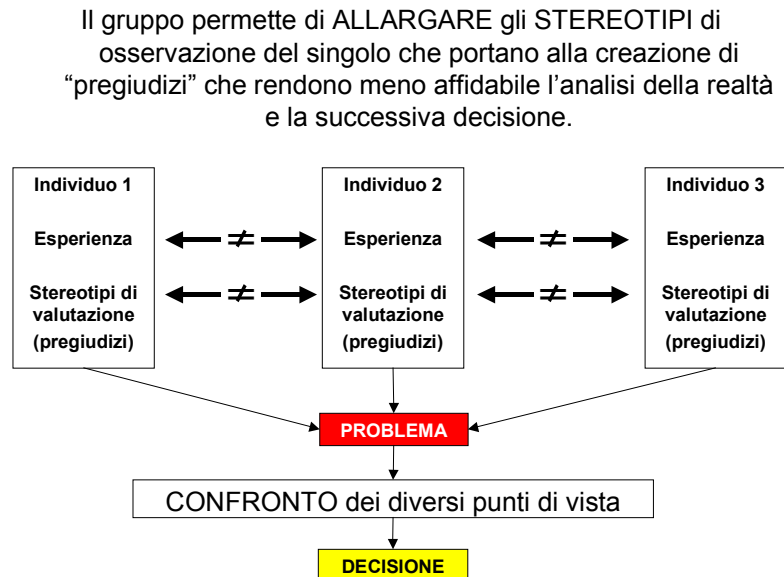
Il gruppo permette di allargare gli stereotipi di osservazione del singolo che portano alla creazione anche di pregiudizi, che rendono meno affidabile l'analisi della realtà e la successiva decisione.

Lavorare all'interno di un gruppo multidisciplinare fa sì che vi sia una concorrenza di esperienze e conoscenze che permettono, se ben gestite, di raggiungere il risultato atteso e arricchire notevolmente le potenzialità diagnostiche e terapeutiche.

Bisogna però tenere conto che ogni individuo ha le mappe cognitive e i propri sistemi di problem analysis e decision making. Le mappe cognitive in particolare, attraverso le quali si esplica l'osservazione e l'interpretazione delle realtà, vengono generate dall'esperienza, dalle conoscenze e dall'interpretazione che l'individuo fa e "fissa" durante la propria. Esse determinano gli stereotipi di valutazione, gli orientamenti dei meccanismi di problem analysis e problem solving.

Le mappe cognitive sono anche le generatrici dei pregiudizi e dei diversi punti di vista. Le mappe cognitive sono in grado di influenzare fortemente quindi il decision making.

Fig. 2: Vantaggi del lavoro di gruppo



Le decisioni infatti risentono dei “valori”, fissati anche in queste mappe cognitive, dei singoli professionisti, dell’enfasi che questi mettono nella loro osservazione ed in particolare dei problemi del paziente in relazione alla loro specifica professionalità e formazione culturale. Tutto questo porterà ad una diversa definizione delle priorità e quindi a formulare dei diversi obiettivi in termini terapeutici.

Non tenere conto di questi meccanismi vuol dire commettere un errore di valutazione delle problematiche interne ai gruppi professionali multidisciplinari.

Il gruppo multidisciplinare oltre ad essere una grande risorsa può essere anche fonte di possibili incoerenze e conflittualità.

CRITICITÀ DEL TEAM WORKING

Le principali criticità del gruppo di lavoro multidisciplinare: la conflittualità, la deresponsabilizzazione parassitaria, la polarizzazione e la propensione al rischio.

I conflitti in un gruppo sono da considerare una “fisiologica” situazione di lavoro (se la produttività e le relazioni sono mantenute entro limiti accettabili e “normali”). La finalità da porsi è quella di massimizzare i conflitti positivi (confronto costruttivo e professionale) e minimizzare i conflitti negativi (scontri di tipo relazionale per problemi di potere). La conflittualità può far arrivare il gruppo allo stallo con aumento dei costi e della motivazione. Una delle cause di possibile conflitto è la trasmissione dei messaggi durante la discussione nel gruppo.

Il messaggio trasmesso infatti ha sempre due aspetti: un aspetto del contenuto del messaggio, cioè gli aspetti concreti e di merito, che può essere in grado di attivare conflitti “positivi” e un secondo aspetto della relazione è la forma espressiva, il tono mite o aggressivo eccetera, che può attivare conflitti “negativi”.

La deresponsabilizzazione parassitaria è un fenomeno per il quale all’interno del gruppo vi possono essere delle persone che si responsabilizzano ed assumono atteggiamenti di non



coinvolgimento diretto e partecipe, utilizzando il gruppo in maniera “parassitaria” senza dare quindi nessun contributo ma utilizzando strumentalmente il gruppo.

La polarizzazione è un fenomeno per il quale all'interno del gruppo le posizioni di maggioranza o a più alta intensità espressiva e/o di assertività, tendono ad inibire la minoranza o il “non allineato” e a perdere le posizioni dei punti di vista di alcuni partecipanti. Questo fenomeno incrementa il rischio di errore nelle decisioni.

La propensione al rischio è il fenomeno per il quale all'interno del gruppo si può sviluppare un aumento della propensione ad adottare soluzioni più rischiose in quanto condivise con un maggior numero di persone. Tutto questo per la comparsa di un falso senso di sicurezza in quanto la decisione rischiosa è condivisa da un più alto numero di persone che porta alla diminuzione della prudenza.

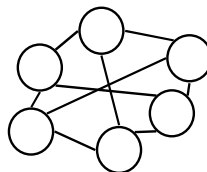
LA DIREZIONE DEI GRUPPI

I gruppi possono essere “auto diretti” (o orizzontali) senza quindi un coordinatore formale, o “etero diretti” (o verticali) con un vero coordinatore.

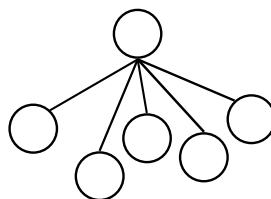
Nella conduzione e nella direzione dei gruppi, vi sono alcune leve da controllare per poter massimizzare i conflitti positivi e quindi i contenuti, minimizzare i conflitti negativi e quindi di relazione e minimizzare il fattore soggettivo.

Fig. 3: Tipologia dei gruppi in base alla direzione

Gruppi AUTODIRETTI (o orizzontali) *senza* coordinatore formale



Gruppi ETERODIRETTI (o verticali) *con* coordinatore



Le due principali leve da controllare sono quelle relative all'efficienza e all'efficacia.

Rientra nell'efficienza la gestione quantitativa del tempo, l'attribuzione ufficiale dei ruoli, le procedure di decisione e l'esecuzione formale del compito (output formale).

Rientrano invece nella leva dell'efficacia l'utilizzo delle risorse personali, la definizione dei metodi di lavorazione, la gestione appropriata dei conflitti, il raggiungimento sostanziale dell'obiettivo (output e sostanziale).

Risulta chiaro che un adeguato bilanciamento fra l'efficienza e l'efficacia, con un sapiente

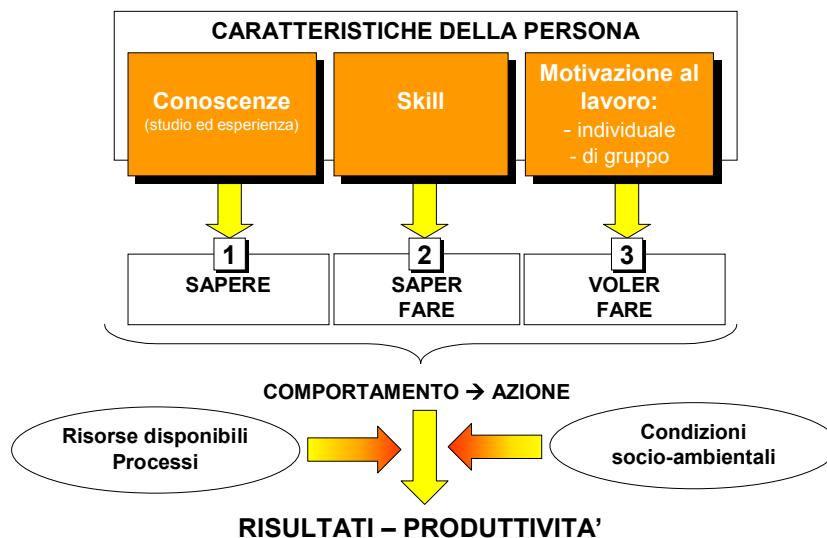
mix in base al tipo di compito e alle strategie del gruppo porterà ad un buon risultato complessivo.

MOTIVAZIONE AL COMPORTAMENTO PROFESSIONALE

Aspetti generali

Le principali caratteristiche professionali dell'operatore nel sistema "azienda" che permettano di poter esplicitare un comportamento operativo adeguato sono: le conoscenze (cultura professionale ed esperienza), le abilità, la motivazione al lavoro che può avere delle aspetti individuali e di gruppo. In altre parole l'operatore deve "sapere", e "saper fare", "voler fare". Tutto questo lo porterà ad esprimere un comportamento di azione che utilizzando delle risorse disponibili e anche dei processi operativi in presenza di condizioni socio ambientali favorevoli porterà a dei risultati concreti e quindi ad esprimere una reale produttività.

Fig. 4: Le caratteristiche professionali dell'operatore del sistema azienda



La motivazione è uno dei fattori principali per creare anche un buon rapporto tra i membri del gruppo. Molti studi (Nicholson 1995, Mullins 1996, Furnham 1997, Westwood 1992, Robbins 1993, e Tampone 1994) hanno dimostrato come un alto grado di motivazione porti, non solo ad un'alta produttività, ma anche ad una buona soddisfazione dell'operatore. Uno slogan giapponese ricorda infatti che "Lavoratore felice è un lavoratore produttivo e che un lavoratore produttivo è un lavoratore felice".

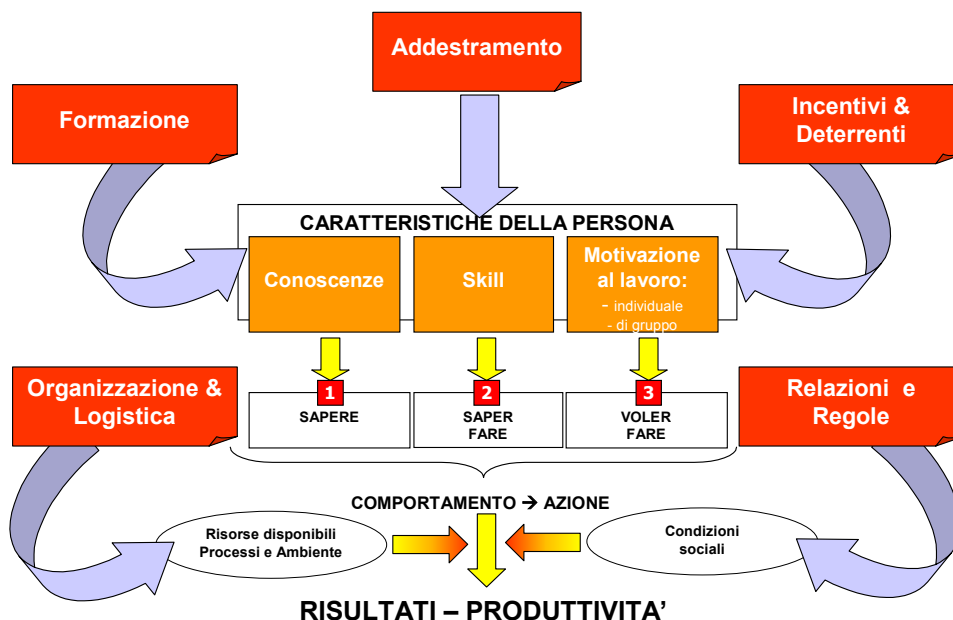
Pragmaticamente va distinta la "motivazione al lavoro" dalla "motivazione al lavoro di gruppo" che non sempre coesistono e che invece sono estremamente necessarie ambedue nel caso del team working multidisciplinare. La seconda caratteristica implica che l'operatore abbia ben sviluppate competenze soprattutto di tipo relazionale e attitudine alla socializzazione delle



informazioni, dei programmi e degli obiettivi condivisi.

Le azioni che possono essere messe in atto a supporto dell'operatore per sviluppare le proprie caratteristiche professionali sono molte: la formazione che può incrementare le conoscenze, l'addestramento, le abilità, gli incentivi e i deterrenti la stessa motivazione. Anche l'organizzazione logistica può incrementare le condizioni che sono in grado di condizionare i comportamenti, quali le risorse disponibili e i processi. Le condizioni sociali possono essere invece fortemente influenzate e supportate dall'esistenza di regole chiare e di relazioni supportive e collaborative.

Fig. 5: Le azioni di supporto all'operatore



Le competenze professionali sono quindi supportate da tre elementi fondamentali: le conoscenze professionali, le capacità sia relazionali che gestionali e l'esperienza specifica nel campo. In altre parole la competenza professionale è sostenuta dal sapere "cosa fare" ma anche dal "come fare".

La motivazione del professionista risente chiaramente anche dei suoi bisogni.

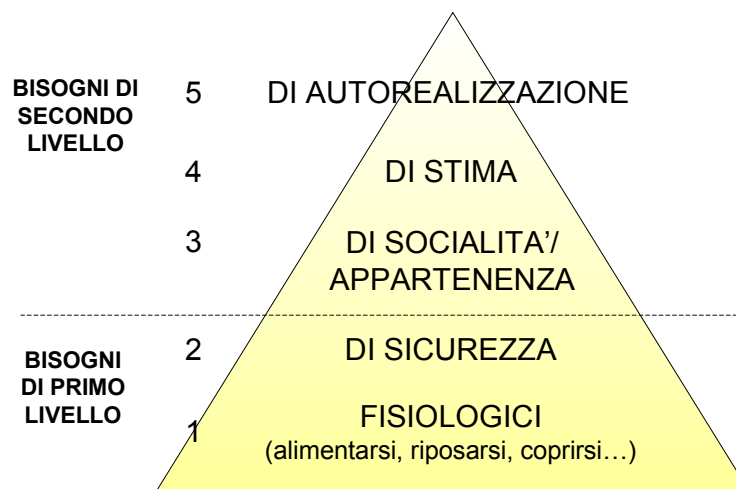
Nella categorizzazione dei bisogni vanno inclusi sia quelli aventi una base fisiologica, come per esempio la fame o la sete, sia le tendenze istintive primarie, come teorizzate dalla psicoanalisi, sia infine il risultato di certi processi di apprendimento o di socializzazione, cioè le intenzioni, le aspirazioni, le identificazioni.

Esistono molte teorie sulla motivazione che per brevità qui non riportiamo, ma che possono essere consultate tramite la bibliografia. (Maslow 1954, McClelland 1971, Alderfer 1985, Harrison 1979, Vroom 1964, Adams 1965, Lawler 1992, Locke 1975, Herzberg 1968, McGregor 1960, Argyris 1964).

La sequenza logica dei bisogni/motivazione non è sempre prevedibile in quanto dipende dal quadro valoriale del singolo individuo e dalle proprie situazioni contingenti.

Qualunque sia la loro natura i bisogni hanno un diretto riscontro nell'ambiente, nel senso che in questo possono trovare gli elementi adatti alla loro soddisfazione o frustrazione. L'ambiente infatti non è neutro rispetto all'individuo: alcuni elementi possono attirare perché atti a soddisfare un bisogno, altri invece respingono, se per esempio sono percepiti come minacciosi.

Fig. 6: Classificazione dei bisogni secondo Maslow



Le situazioni specifiche del soggetto, sia psichiche che ambientali, possono generare dei bisogni specifici sia in ordine psichico che materiale. L'operatore compie un'attribuzione di valore ai fattori motivanti in base al grado di soddisfazione dei bisogni specifici e quindi alle proprie aspettative. Su questa base vengono selezionati i propri fattori motivanti con un confronto ipotetico fra i risultati attesi e le proprie aspettative. È qui dove avviene la selezione degli stimoli a più alta potenzialità e quindi la selezione delle attività lavorative che vengono così vissute e sperimentate negli effetti.

Secondo la "teoria di campo" di K. Lewin, al quale si deve tra l'altro l'espressione "dinamica di gruppo", il comportamento è direttamente influenzato dalle proprietà funzionali dell'ambiente, che vengono chiamate "valenze". La correlazione tra bisogni e valenze nell'ambiente genera tensioni che influenzano il comportamento degli individui e dei diversi gruppi ai quali gli individui possono appartenere.

Il feedback positivo porterà al loro mantenimento e a un rinforzo della motivazione, mentre il feedback negativo porterà ad un allontanamento e ad una riduzione della motivazione.



Fig. 7: Sequenza logica dei bisogni/motivazione dubbi



I principali fattori determinanti la motivazione dell'attività lavorativa, rilevati all'interno di un'indagine eseguita presso il nostro dipartimento, vengono riportati nella tabella successiva.

Nel costruire un rapporto di collaborazione all'interno di un gruppo di lavoro, il coordinatore, deve tenere conto delle principali variabili da analizzare nell'operatore in questione che riguardano sia le caratteristiche generali ma soprattutto le capacità relazionali e di comunicazione.

Tab.1: Principali fattori determinanti la motivazione nell'attività lavorativa

1	Percezione di essere stimati dal gruppo e/o dal dirigente
2	Percezione che vengano giustamente riconosciute le proprie capacità e meriti
3	buona dimensione della retribuzione economica
4	Percezione di auto realizzazione
5	Di percezione di divertimento/piacere collegato all'attività
6	Senso di appartenenza al gruppo (percezione di coerenza con regole sociali)
7	Percezione di perdita di "oggetti" considerati di valore se mancanza di determinati comportamenti
8	Percezione di sicurezza/tranquillità collegate all'attività o a alle sue conseguenze/risultati
9	Percezione di novità/stimolazione collegate all'attività o alle sue conseguenze/risultati
10	Percezione di utilità delle proprie azioni (per il cliente e/o per l'organizzazione)
11	La percezione di acquisire importanza (per il cliente e/o per l'organizzazione)
12	Gratificazione relazionale/emotiva dal gruppo di lavoro o da singoli individui dell'organizzazione
13	Percezione di effetto regolarizzate/stabilizzante dell'attività lavorativa
14	Altre fattori

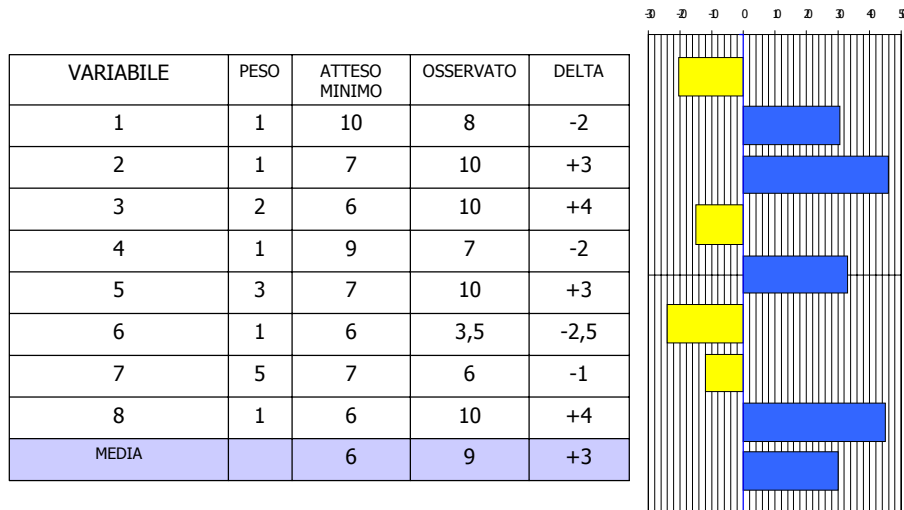
La figura successiva riporta in sintesi queste variabili che sono oggetto di uno specifico articolo.

Fig. 8: Caratteristiche dell'operatore da valutare per l'instaurazione di un rapporto di collaborazione

CARATTERISTICHE GENERALI			
ASPETTATIVE PROFESSIONALI Stipendio Prospettiva di carriera Tipo di leadership Rapporto con il lavoro	MOTIVAZIONE Interna Esterna	VALORI & ATTEGGIAMENTI Personali Professionali	ABILITA' SPECIFICHE Tecniche Orientamento al cliente
COMPETENZA TECNICA Specialistica Gestionale	CULTURA Personale Professionale	DISPONIBILITA' Orari flessibili Al compito Nelle crisi Alla formazione permanente	FLESSIBILITA' Al cambio di compito
STORIA PROFESSIONALE Esperienza Successi/insuccessi Psicobiografia	RISORSE PROPRIE Mobilità Autonomia fisica Accesso a beni e servizi	ABITUDINI Personali Professionali	AREE CRITICHE Diffidenza Pregiudizio Paura Vincoli familiari
CAPACITA' RELAZIONALE E DI COMUNICAZIONE			
Capacità di relazione e management relazionale con il cliente	Tendenza al lavoro di gruppo Tendenza alla socializzazione Aggressività/conflittualità	Grado di coerenza tra il pensato e l'agito Grado di tolleranza sociale Modestia	Linguaggio e riferimenti epistemologici Tendenza alla NON espressione del disaccordo e del disagio



Fig. 9: Esempio di una “matrice di compatibilità” sulla base delle variabili sopra riportate



MOTIVAZIONE E LAVORO PER OBIETTIVI

Alcuni autori (Locker 1975, Quaglini 1999), di cui consigliamo la lettura, hanno constatato come il “lavorare per obiettivi” espliciti sia in grado di influenzare positivamente la motivazione e il comportamento professionale in quanto essi:

- dirigono l’attenzione e l’azione;
- mobilitano la concentrazione e lo sforzo sul compito;
- incoraggiano la persistenza dello sforzo;
- facilitano l’elaborazione e lo sviluppo di strategie.

Le caratteristiche dell’obiettivo che influenzano maggiormente il comportamento sono la percezione di importanza da parte dell’operatore di dover raggiungere l’obiettivo (“intensità”), la complessità e la difficoltà di raggiungimento, che dipendono dal “contenuto” dell’obiettivo stesso.

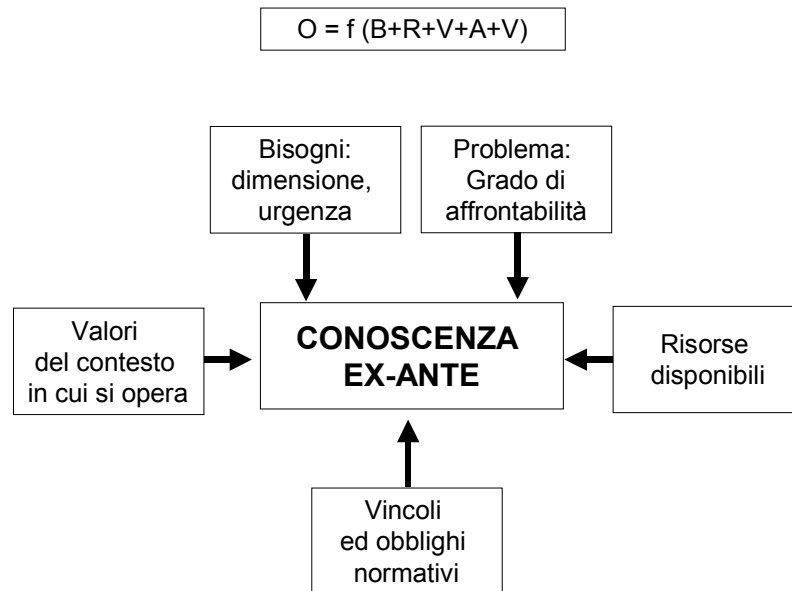
Altre due componenti fondamentali che portano il team ad orientarsi per poter raggiungere un obiettivo sono:

- Che i componenti del gruppo abbiano “consapevolezza” che quella determinata situazione è un risultato atteso e quindi un obiettivo da raggiungere (cosa tutt’altro che scontata).
- Che vi siano le “competenze e le condizioni” necessarie per poterlo raggiungere.
- Che vi sia una “accettazione” da parte del gruppo dell’obiettivo e cioè che gli operatori ritengano l’obiettivo un qualche cosa per cui valga la pena impegnarsi.

La figura successiva riporta i cinque principali fattori in grado di condizionare la definizione di un obiettivo e quindi il grado di leggibilità e di consapevolezza conseguente dell’obiettivo stesso. Le condizioni riportate in figura sono da conoscere ex-ante per poter definire l’obiettivo correttamente e per poter prendere consapevolezza degli sforzi che è necessario fare per

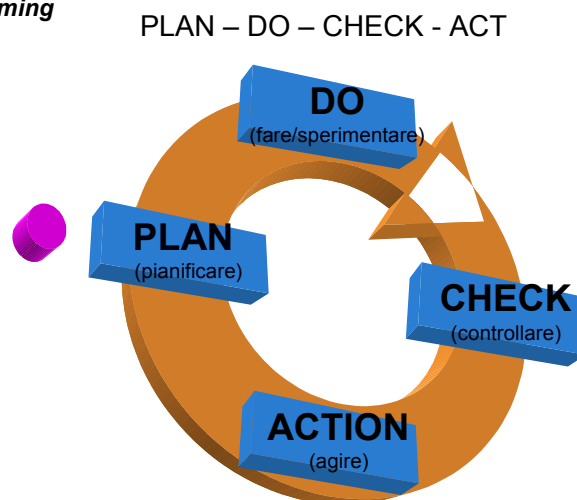
raggiungerlo.

Fig. 10: Fattori condizionanti la definizione di un obiettivo



La non chiarezza nella definizione degli obiettivi, riduce la motivazione del team. Questo perché risulta molto difficile poter programmare gli interventi in assenza di obiettivi chiari, ma soprattutto non verificabili nei risultati ottenuti essendo definiti in maniera poco specifica e non quantificati. Questo ultimo aspetto in particolare è in grado di ridurre il livello motivazionale in quanto riduce anche la possibilità di avere un feedback concreto, tangibile e positivo per l'operatore delle azioni da lui svolte e questa è la causa principale della perdita della motivazione professionale. In questo modo la pianificazione e la definizione degli obiettivi diventano di importanza strategica anche per la motivazione del team. La figura successiva riporta il ciclo di Deming per la pianificazione delle azioni.

Fig. 11: Ruota di Deming





In sintesi le caratteristiche che deve possedere un obiettivo per incentivare e promuovere una situazione di “Goal setting” sono tutte caratteristiche che devono portare l'operatore e il team nel suo complesso a “predefinire” in comune, conoscere, condividere, apprezzare ed impegnarsi per raggiungere i risultati attesi dal loro operato.

La tabella successiva riassume questi concetti in forma sintetica.

Tab. 2: Le condizioni che gli obiettivi devono soddisfare per creare un “Goal Setting” nel team

N.	CONDIZIONE	SPECIFICHE
1	Difficoltà/la “sfida”	Gli obiettivi con un certo grado di difficoltà inducono l'individuo ad una prestazione lavorativa e ad un grado di gratificazione al raggiungimento, superiori rispetto ad obiettivi semplici ed elementari.
2	Specificità	Obiettivi specifici sono in grado di orientare meglio l'operatore che si sente più sicuro di quello che deve fare e su cosa verrà poi giudicato, diminuendo quindi il livello di ansia prestazionale in quanto aumenta la prevedibilità dello scenario di risultato.
3	Influenza	Gli obiettivi influenzano il comportamento professionale in quanto essi: dirigono l'attenzione e l'azione, mobilitano la concentrazione e lo sforzo sul compito, incoraggiano la persistenza dello sforzo e facilitano l'elaborazione e lo sviluppo di strategie.
4	Presenza del feedback	L'obiettivo deve essere collegato ad una continua azione di feedback che risulta essere un fattore motivante fondamentale per l'operatore e per il team nel suo complesso.
5	Aspettativa di successo	La percezione da parte dell'operatore che dal perseguimento dell'obiettivo si potrà ottenere un successo e non un insuccesso o addirittura una perdita.
6	Collegamento ad incentivi	Se il raggiungimento dell'obiettivo è collegato ad incentivi il setting si realizza in modo più determinato. Gli incentivi non necessariamente devono essere solo monetari ma anche di altro tipo (carriera, privilegi, agevolazioni, status ecc.).
7	Condivisione	Obiettivi condivisi con il coinvolgimento del team fin dal momento dell'analisi del problema che porta alla loro definizione, sono sicuramente a più alta probabilità di successo.
8	Coinvolgimento diretto	Grado in cui l'operatore si sente coinvolto e artefice delle azioni per raggiungere l'obiettivo e percezione di quanto lui sarà coinvolto nei “festeggiamenti della vittoria”. In altre parole la gratificazione derivante dagli onori per il risultato positivo.

(da Quaglino 1999 modificato da Serpelloni 2001)

Infine vale la pena di ricordare che un fattore particolarmente motivante gli operatori di un team è il grado di riconoscimento che viene loro dato, non solo come persone ma anche come professionisti (riconoscimento delle competenze), del loro livello di responsabilità e di potere organizzativo (Bass e Avorio 1996).

La tabella successiva riporta in sintesi questi concetti.

Tab. 3: I livelli di riconoscimento di valore attesi dall'operatore

N.	VALORE	SPECIFICHE
1	Come "persona"	Riconoscimento dell'eguaglianza, della parità come operatori. Richiesta di cortesia ed educazione
2	Come "professionista"	Riconoscimento dell'autorevolezza reale sulle competenze specialistiche
3	Come "ruolo e responsabilità"	Riconoscimento dell'autonomia, del livello gerarchico, del potere organizzativo (livello gerarchico) con ruoli ben definiti e "giusti/equi"

Caratteristiche del problema da affrontare e team working

È chiaro che il raggiungimento di un obiettivo non dipende solo dal team ma anche, se l'obiettivo è teso alla soluzione di un problema, dalle caratteristiche del problema da affrontare. Senza voler entrare nei dettagli, vale comunque la pena di ricordare alcuni aspetti fondamentali.

I prerequisiti per definire una situazione un "problema" sono:

- che vi sia una deviazione da quella che viene definita "norma";
- che la nuova situazione sia percepita e riconosciuta come negativa;
- che la situazione abbia bisogno di soluzione.

Il riconoscimento (labeling) di una situazione come problematica può dipendere, oltre che dalla situazione stessa, anche da chi subisce tale evento che può, per una lunga serie di fattori (non ultima la dispercezione), non percepire tale evento come problema o sviluppare un rapido adattamento alla situazione che viene "inventariata" come nuova norma.

Un problema pertanto per avere dignità di problema, deve anche essere "rilevante". Le caratteristiche che in sanità definiscono una situazione un problema "rilevante" possono essere così riassunte.

Tab. 4: Criteri di definizione di "problema rilevante"

N.	CRITERI PER CUI SI CONNOTA LA NECESSITA' DI INTERVENTO
1	Unicità (problema non ancora affrontato)
2	Gravità del rischio e/o danno derivante dal mancato intervento (per il singolo e/o la comunità, generate perdite di salute e/o finanziarie e/o di risorse)
3	Urgenza di intervento
4	Presenza di pressioni sociali/politiche o vincoli (es. di legge) che obbligano ad affrontare il problema

Il problema quindi, una volta definito come rilevante, viene di solito valutato anche quantitativamente nella sua importanza prendendo in considerazione le caratteristiche proprie del problema (dimensione e risolvibilità). Si cerca poi di valutare anche le conseguenze derivanti del problema nel breve e nel lungo periodo, di ciò che è oggi e di ciò che potrebbe essere domani.

I fattori che possono influenzare la soluzione di un problema sono molti. Alcuni dipendono dai fattori determinanti il problema, altri da chi è deputato a risolvere il problema, altri ancora

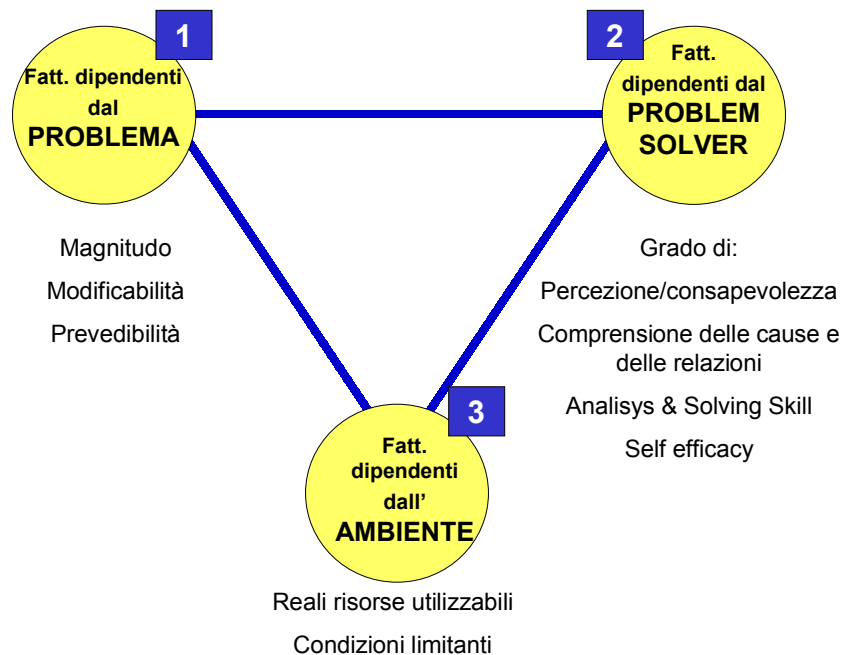


dall'ambiente in cui si svolge la situazione, dalle risorse e dai fattori condizionanti che vi possono essere. La figura successiva riporta in sintesi questi concetti.

I fattori che sono in grado di influenzare la soluzione del problema dipendenti dal "problem solver" possono trovare una buona definizione nelle tecniche di problem analysis e problem solving a cui si rimanda.

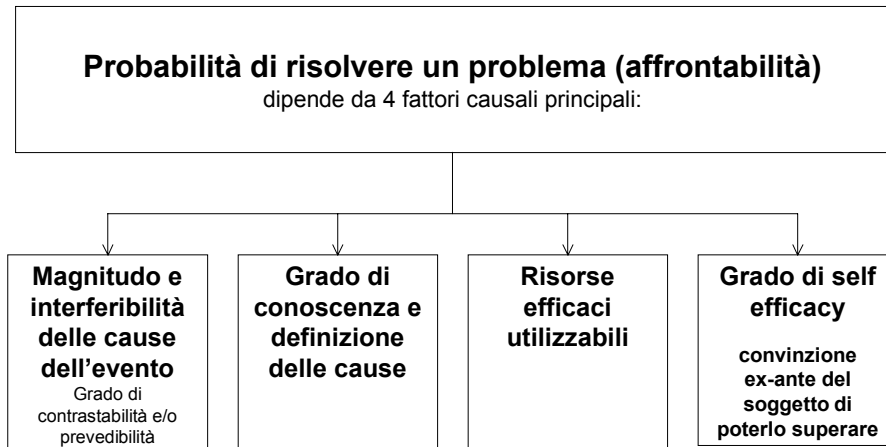
La probabilità che si ha di risolvere un problema, e quindi il grado di "affrontabilità" dipende da fattori esterni all'organizzazione e propri del problema e da fattori interni all'organizzazione ed esterni al problema. Nel primo caso andrà considerato il grado di modificabilità delle cause del problema (rimozione o prevenzione), nel secondo caso il grado di efficacia delle attività messe in atto per risolverlo o prevenirlo. La concorrenza di questi due fattori genera il grado di soluzione raggiungibile.

Fig. 12: Fattori influenzanti la soluzione del problema



Infine la conoscenza delle cause e dei meccanismi fisiopatogenetici risulta indispensabile per far aumentare il grado di probabilità di soluzione positiva, potendo mettere in atto interventi mirati di tipo eziologico e non solo sintomatico.

Fig. 13: Fattori condizionanti l'affrontabilità di un problema



La soluzione di un problema passa attraverso la definizione di obiettivi ma prima ancora attraverso il riconoscimento della priorità di risolvere tale situazione. I macrocriteri che definiscono la priorità di soluzione di un problema sono fondamentalmente tre:

- la rilevanza/necessità di soluzione;
- la reale efficacia/fattibilità dell'intervento da attuare per la soluzione;
- l'accettabilità dell'intervento sulla base dei valori del sistema (politica ed etica).

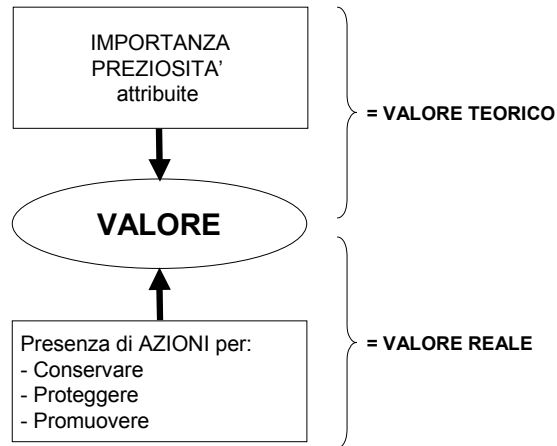
Relativamente ai valori che il sistema sanitario (e le unità organizzative ad esso appartenenti) acquisisce e riconosce come propri e per i quali si sviluppano obiettivi di salute, va ricordato che (soprattutto all'interno di un team multidisciplinare) non si può dare per scontato che essi siano omogenei e condivisi. Infatti ad una analisi generica, che si può eseguire facilmente all'interno dei vari team dei Ser.T, si è osservata una forte diversificazione del quadro valoriale di salute e cioè di ciò che l'operatore ritiene essere "valore di salute" per il suo cliente e quindi da proteggere, promuovere e ripristinare. Queste differenze si accentuano ancora di più se si comparano i Ser.T con le organizzazioni del privato sociale accreditato quali ad esempio le comunità terapeutiche.

Il concetto di "valore" a questo proposito può essere definito come un oggetto e/o situazione e/o stato a cui viene attribuita una particolare importanza e preziosità (valore teorico), per il quale si attuano anche azioni concrete al fine di conservarlo, proteggerlo e promuoverlo (valore reale).

Il valore può avere una dimensione individuale (soggettivo) e/o condivisa (collettivo) e può riguardare diversi ambiti. Per quanto ci riguarda ci riferiamo al campo della salute, dove sono molti gli elementi che possono, in varia forma ed importanza, essere ritenuti di valore e quindi conservati, protetti e promossi.

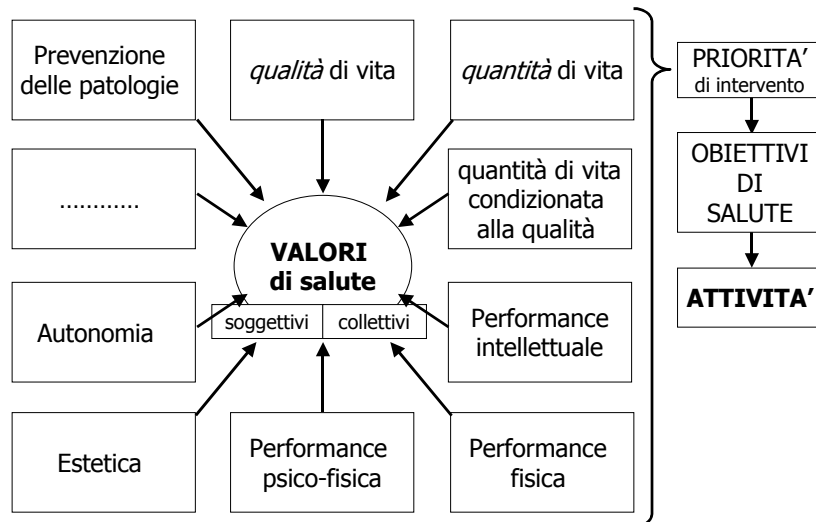


Fig. 14: Valore teorico e valore reale



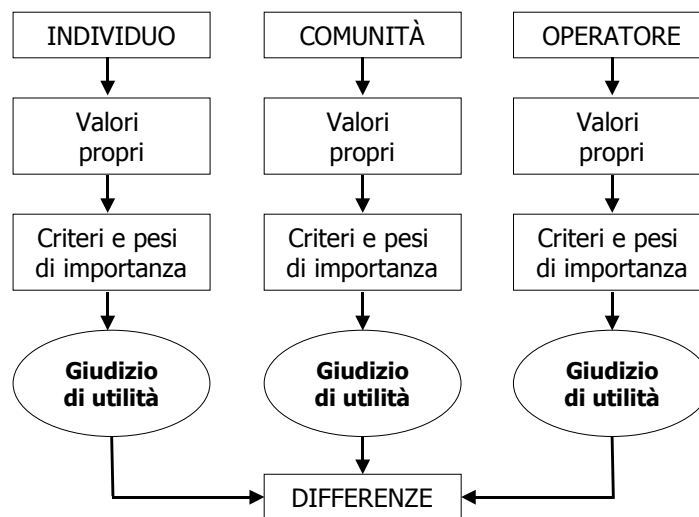
Nella figura successiva vengono riportati i principali elementi ritenuti di valore in ambito sanitario dal punto di vista del cliente, sulla base dei quali si definiscono gli obiettivi di salute da parte del team.

Fig. 15: Principali elementi che definiscono i valori di salute



Risulta evidente che molto spesso gli individui danno valori diversi agli elementi sopra riportati, utilizzando criteri e pesi diversificati in base alle proprie aspettative e alle proprie matrici di riferimento. Tutto questo porterà ad esprimere un giudizio (implicito od esplicito) di utilità ed opportunità degli interventi per risolvere i problemi di salute, fortemente dipendente da queste scale diversificate di valori. Questi fenomeni avvengono anche all'interno di un team working ed è necessario conoscerli ed esplicitarli in modo da poter arrivare ad un allineamento (per quanto possibile) di ciò che viene ritenuto valore di salute e delle priorità su cui impostare gli obiettivi che definiscono gli interventi.

Fig. 16: I diversi sistemi dei valori, punti di vista e giudizi dell'individuo, della comunità e degli operatori



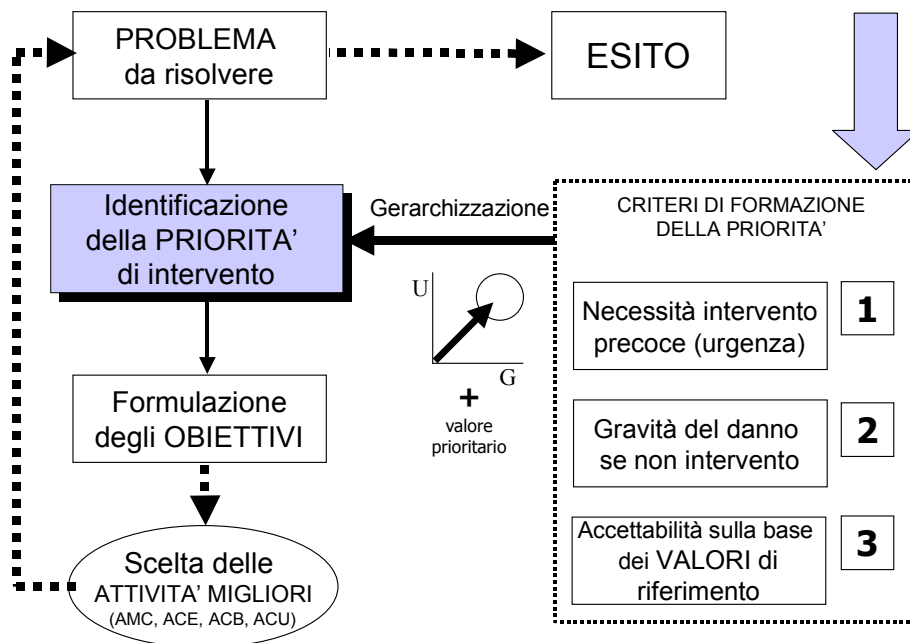
Risulta quindi evidente che un diverso sistema di valori di salute può determinare una diversa attribuzione delle priorità di intervento in caso di insorgenza di problemi che vanno a minacciare uno dei valori che si dovrebbe proteggere e tutelare. La scelta viene fatta utilizzando criteri diversi in riferimento al diverso quadro valoriale. Il team working che lavora su problemi di salute del cliente dovrebbe quindi allinearsi quanto più possibile su questi valori per poter avere poi dei criteri di definizione delle priorità di intervento omogenee e non conflittuali.

I criteri su cui si formano le priorità sono fondamentalmente tre:

- urgenza: necessità di intervento precoce;
- gravità del danno: previsto in caso di non intervento;
- accettabilità dell'intervento: sulla base dei valori di riferimento dell'individuo e della comunità.

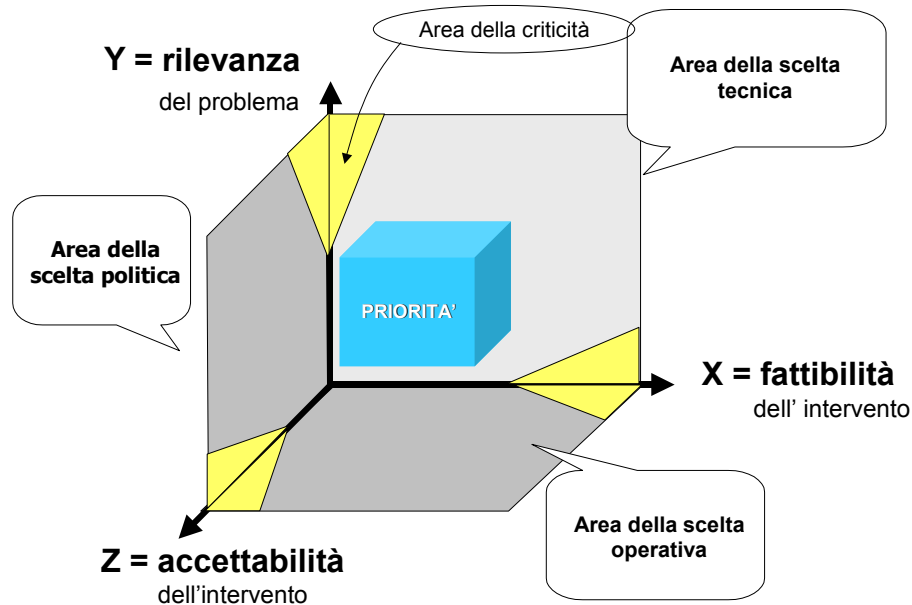


Fig. 17: Relazione tra valori, priorità e scelte



Le coordinate quindi che definiscono la priorità di soluzione di un problema e di cui il team working deve tenere conto, sono la rilevanza del problema, la fattibilità dell'intervento e l'accettabilità di questo intervento. Esse possono essere messe in relazione con una interessante visione che mostra come la considerazione contemporanea delle varie variabili definisca anche le aree della scelta tecnica (rilevanza VS fattibilità), l'area della scelta operativa (fattibilità VS accettabilità) e l'area della scelta politica (rilevanza VS accettabilità). Ogni intersezione, agli estremi presenta un'area critica dove le scelte diventano problematiche e complesse.

Fig. 18 : Coordinate per la definizione delle priorità e le scelte.



I MECCANISMI DI COORDINAMENTO AZIENDALE E IL TEAM WORKING

Nella metodologia aziendale vengono spesso elencati cinque meccanismi di coordinamento del personale e delle unità organizzative tra loro.

Essi sono:

- supervisione diretta;
- adattamento reciproco;
- standardizzazione dei processi, dell'output e delle conoscenze;
- piani e programmi;
- ruoli di coordinamento.

Come è facilmente comprensibile l'adattamento reciproco, la standardizzazione dei processi, soprattutto delle conoscenze, e i ruoli di coordinamento riguardano molto da vicino i team working.

L'adattamento reciproco è la tolleranza reciproca e convivenza armonica, con rispetto e sensibilità, che viene fissata in routine informale di lavoro.

La standardizzazione delle conoscenze è estremamente importante per avere riferimenti culturali e/o tecnici uniformi con i modelli di riferimento e soprattutto tecniche di valutazione coerenti tra i vari componenti del gruppo di lavoro.

L'assegnazione di ruoli di coordinamento, identificando delle specifiche figure di integrazione tra i membri del gruppo (anche senza posizione sovraordinata), risulta un elemento strategico nella gestione dei team working.

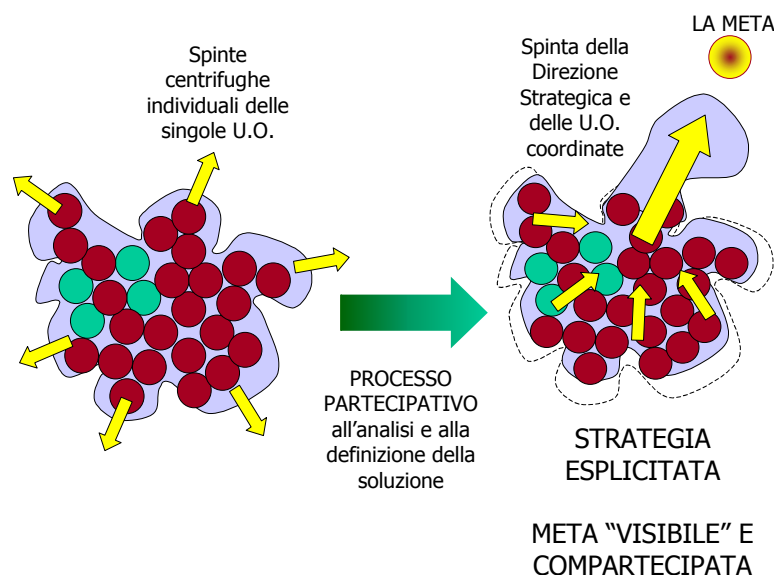


SISTEMI DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO E TEAM WORKING

Anche i sistemi di programmazione e controllo sono molto importanti nel condizionare il gruppo di lavoro. Le finalità di sistemi di programmazione e controllo sono soprattutto quelle di creare coordinamento, motivazione, orientamento e responsabilizzazione del personale. È noto infatti che questi sistemi sono finalizzati anche a controllare, comprendere le spinte motivazionali “individuali” dei responsabili delle unità operative che sono legate ad interessi individuali. I sistemi servono per orientare le spinte delle singole persone verso le finalità della azienda (controllo centripeto) che devono essere esplicitate e comprese anche attraverso la formulazione delle strategie, dei valori e delle finalità generali aziendali al team e discutendo quanto queste siano coerenti con quelle dei singoli operatori.

I sistemi di programmazione e controllo servono anche a riorientare le unità organizzative definendo la “meta” da raggiungere attraverso un processo di tipo partecipativo degli operatori (che sono i veri conoscitori della domanda).

Fig. 19: La motivazione e l'orientamento nei sistemi di programmazione e controllo

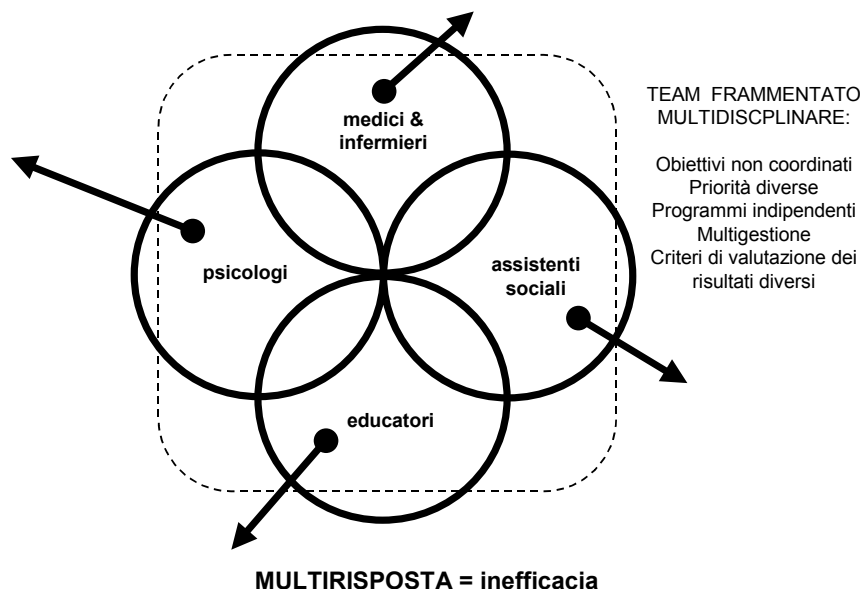


LE COMPONENTI MULTIDISCIPLINARI DEL TEAM E L'UNITARIETÀ DELLE AZIONI

I gruppi di lavoro dei dipartimenti delle dipendenze presentano spesso un team frammentato con obiettivi non coordinati, diverse priorità tra gli operatori, programmi indipendenti, una multigestione dei pazienti con criteri di valutazione dei risultati diversi tra i vari operatori.

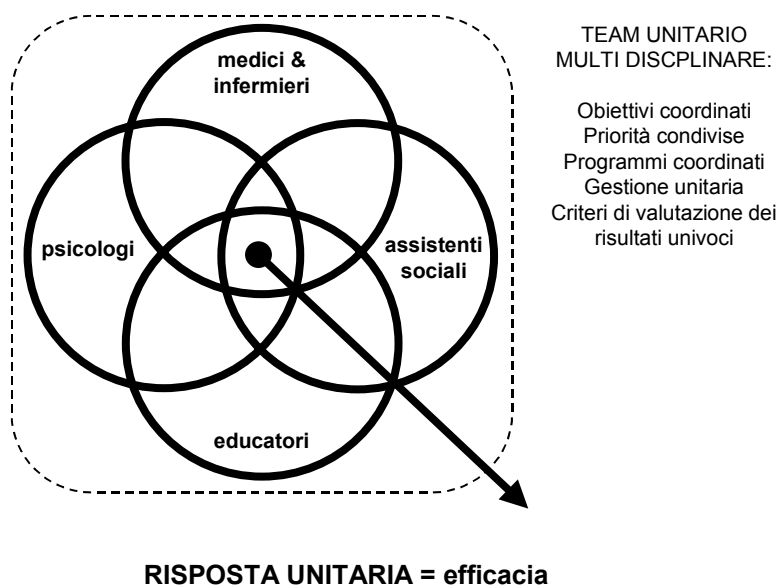
Spesso il paziente ha una “multirisposta” con una conseguente inefficacia degli interventi.

Fig. 20: La multirisposta



Vi è quindi la necessità per ricondurre le singole componenti operative ad un team unitario multidisciplinare che abbia obiettivi coordinati, priorità condivise, programmi predefiniti nei tempi e nei modi. Tutto questo anche con criteri di valutazione dei risultati univoci e una gestione ed una risposta unitaria che soddisfi la domanda del paziente. Questa modalità porterà ad un miglioramento dell'efficacia degli interventi.

Fig. 21: La risposta unitaria





PREREQUISITI MINIMI DI FATTIBILITÀ PER UNA RISPOSTA UNITARIA

Al fine di ottenere una risposta coordinata ed unitaria da un team multidisciplinare, quale quello del dipartimento delle dipendenze, è necessario però che vi siano dei prerequisiti che rendono possibile e fattibile l'instaurarsi di tale condizione. I principali prerequisiti possono essere così elencati:

Requisiti generali

- Condivisione, da parte dei componenti del gruppo, della logica "problem analysis & problem solving" con uno stile di lavoro "per obiettivi e programmi".
- Condivisione della logica che il decision making deve essere "evidence based".
- Condivisione ed applicazione dell'approccio organizzativo e gestionale "Quality Management oriented".

Requisiti organizzativi

- Esistenza di processi assistenziali formalizzati e conosciuti.
- Esistenza di protocolli e linee guida di riferimento per le patologie e le situazioni trattate dall'U.O. (standardizzazione delle conoscenze).
- Matrice compiti e responsabilità chiara.
- Organizzazione delle procedure di triage all'ingresso.
- Presenza di un "program manager".
- Presenza di un "Director" con leadership partecipata ed empowerment.
- Condivisione da parte dei team working delle modalità operative sopra riportate.
- Alto grado di adattamento reciproco con basso grado di conflittualità.

Requisiti tecnologici

- Presenza di un sistema informatico di supporto al management che permetta la verifica rapida del programma impostato sul paziente (es. prestazioni erogate - output) e la valutazione degli esiti (risultati clinici - outcome), delle prenotazioni ecc..

IL MANAGEMENT DEL PAZIENTE CON TEAM MULTIDISCIPLINARE

Il processo

Per creare le basi di un management razionale dei pazienti all'interno dei dipartimenti delle dipendenze, è necessario prima di tutto diversificare i processi per la gestione programmata e quella urgente relativamente soprattutto alle situazioni, che devono essere predefinite chiaramente, quali l'astinenza, l'overdose, la patologia acuta, la gravidanza e il grave stato di degrado e bisogno sociale con bassa autonomia del paziente. Una definizione dei macroprocessi risulta indispensabile (per l'approfondimento del quale si rimanda allo specifico articolo sul process reengineering). Qui è utile comunque valutare alcuni aspetti fondamentali che hanno impatto sul team working.

Nella gestione dei pazienti tossicodipendenti (Morrison 2000) possiamo identificare alcuni steps principali dei processi assistenziali:

- Screening di accesso – triage.
- Valutazione/stadiazione e orientamento.
- Gestione dell'urgenza.
- Fase diagnostica standard.

- Fase di trattamento.
- Induzione.
- Stabilizzazione.
- Gestione della ricaduta.
- Reinserimento.
- Dimissione.Supporto post dimissione.

Fig. 22: Management del paziente con un team multidisciplinare - step 1: screening all'accesso

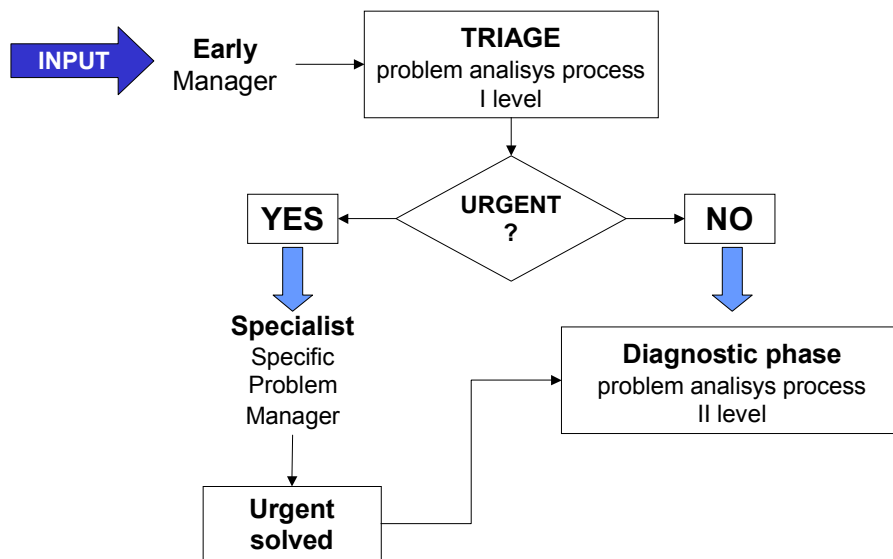


Fig. 23: Management del paziente con un team multidisciplinare - step 2: fase diagnostica standard (accessi programmati non urgenti)

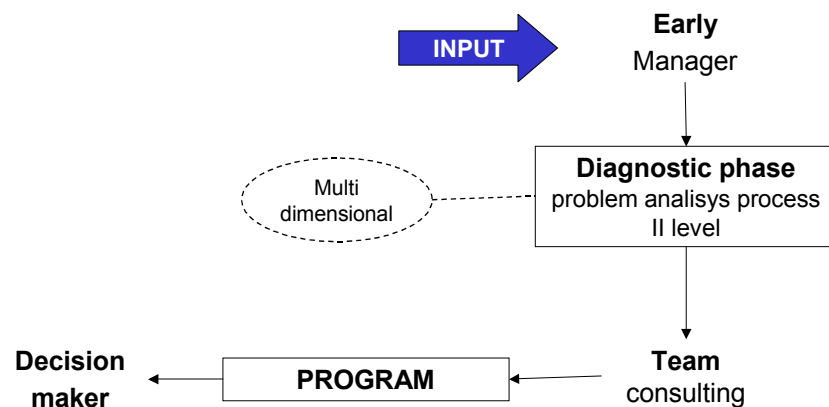
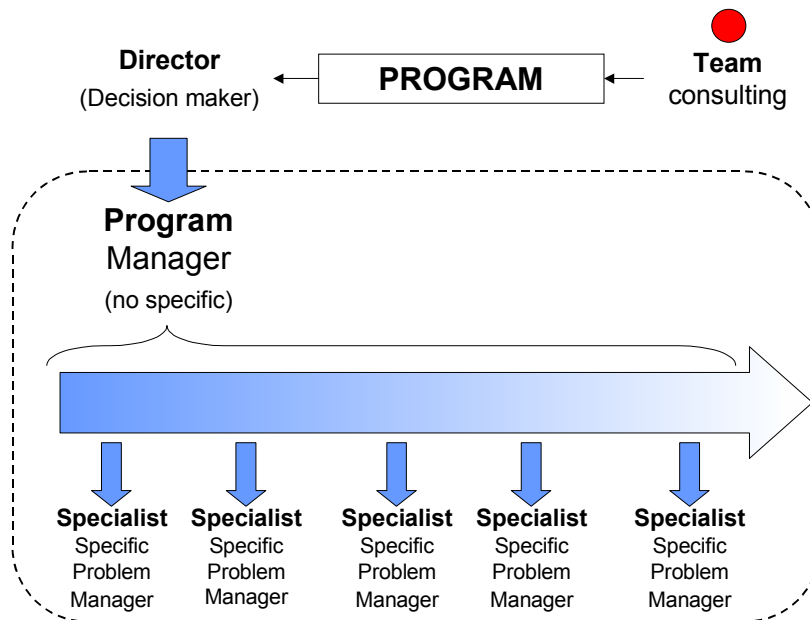




Fig. 24: Management del paziente con un team multidisciplinare - step 3: fase di trattamento e valutazione



COMPITI E RESPONSABILITÀ Presentiamo un modello adattato di una matrice compiti e responsabilità di un team multidisciplinare per la gestione di problematiche relative alle dipendenze da sostanze, che beneficiano anche di trattamenti farmacologici, in una struttura sanitaria pubblica ad impostazione ambulatoriale.

Il modello prevede l'identificazione di una serie di figure, coordinate tra loro, con compiti specifici di management del paziente in modo da gestire e condurre tutto il percorso del paziente all'interno dell'unità organizzativa erogante il servizio e di rendere agevole ed efficiente il contatto con gli specialisti, una volta identificati e studiati i problemi con metodologie come ad esempio il Triage infermieristico.

In questo modello assumono una notevole importanza ed un ruolo fondamentale le figure infermieristiche che dovrebbero però trovare una specializzazione ed una espansione delle proprie competenze anche in ambito del management clinico ed organizzativo.

Le figure previste in questo modello organizzativo (MFP ©) sono quelle riportate nella tabella successiva.

Tab. 5: Figure professionali previste nel modello organizzativo MFP ©

FIGURA	SPECIFICHE
Early Manager	Accoglie il paziente ed esegue il triage. Indirizza sui percorsi prefissati in protocolli e processi. È un infermiere specializzato. Ha responsabilità sull'accoglienza, risponde al Decision Maker.
Team consulting	Studia il caso, discute e definisce il programma strategico e gli obiettivi. Lavora in "Evidence Based" e secondo le linee guida e i protocolli dell'U.O.. Fissa i milestones (punti di verifica intermedia), non ha potere decisionale. Risponde al Decision Maker.
Director (chief)	E' responsabile dei risultati e della correttezza del trattamento, è un medico, affida il caso al program (case) manager, entra nelle decisioni urgenti e strategiche del programma, gestisce i rapporti con il team working (leadership partecipata a bassa guida). Attua l'empowerment. Risponde alla Direzione o al Dipartimento.
Program Manager (no specific)	Gestisce il programma del paziente definito nel team working, controlla l'aderenza ai programmi specifici e ai processi di qualità, attiva gli specialisti e ne segue l'operato in caso di problemi emergenti. Assicura lo svolgimento del programma di valutazione (milestone). È un infermiere specializzato. Risponde al Director.
Specialist (Specific Problem Manager)	E' lo specialista che interviene sul paziente sul problema specifico, gestendolo per le parti di prescrizione diagnostica e terapeutica, la valutazione-decisione clinica tattica. Segue i processi, i protocolli e le linee guida predefinite e concordate dell'U.O.. Ha responsabilità professionale diretta. Risponde per la parte clinica al Director ed è controllato nell'aderenza ai processi e ai programmi prefissati (management) dal Program Manager (che non ha potere gerarchico su di lui ma solo di verifica di conformità e segnalazione al Director).

Gli specialisti sono tutti i professionisti presenti nel team multidisciplinare dei dipartimenti delle dipendenze che possono svolgere attività sulla persona: medici internisti, psichiatri, psicologi, infermieri, assistenti sociali, educatori ecc.

I criteri per l'identificazione e l'attivazione dello Specialist (specific problem manager) vengono qui elencati:

1. Problema con necessità di diagnosi e/o trattamento e/o monitoraggio rilevato durante il triage, nella fase diagnostica STD, e nella discussione del programma in team.
2. Nuovo problema emergente durante il trattamento.
3. Presenza di situazioni condizionanti la fattibilità dell'intervento se non gestite.
4. Su richiesta congrua del paziente.
5. Lo Specialist fa riferimento al referente per la gestione del programma (Program Manager) che insieme al Director deve garantire anche:
 - Il coordinamento tra le figure.
 - Il "non sconfinamento" delle professionalità (coerenza delle competenze e dei compiti). La gestione unitaria e il controllo delle spinte centripete.



- L'adesione di tutti alle linee guida, ai protocolli, ai processi di qualità predefiniti.

In caso di conflitti di opinione con il program manager o con altri componenti del team, il Director ha la facoltà di decidere la linea da tenere.

Chiaramente vi sono dei limiti dei mandati e del potere del program manager (PM). Il PM ha "mandato" dal team di controllare la conduzione del caso secondo criteri predefiniti e protocolli condivisi. Il PM non ha autonomia di decisione strategica del management del paziente ma solo tattica. Le decisioni strategiche di "programma" sono di competenza del team e sotto il controllo decisionale finale, in caso di necessità, del Director (responsabile medico).

STRUMENTI INFORMATICI DI SUPPORTO PER IL MANAGEMENT DEL PAZIENTE E IL TEAM WORKING

Come è facilmente comprensibile la conduzione di una organizzazione di questo tipo può essere fortemente supportata da strumenti informatici che siano però orientati a questa logica di quality management e gestione processuale. La piattaforma MFP © (presentata negli articoli successivi) ha una serie di applicativi interni che possono essere molto utili e di supporto a team multidisciplinari per attuare queste forme di management.

L'applicativo per la gestione delle riunioni del team "EQUIPE" permette di programmare le riunioni, razionalizzare la discussione e tenere memoria dei programmi impostati e delle decisioni prese.

L'applicativo PAC (Process Adherence Controller) permette di evidenziare l'aderenza ai processi, predefiniti come di eccellenza, e di poter analizzare le necessità per singolo paziente di migliorare le attività diagnostiche, terapeutiche o di monitoraggio.

Sono inoltre presenti due altri applicativi per la gestione delle prenotazioni delle visite, e degli esami che consente di monitorare il percorso del paziente e la sua adesione agli appuntamenti e ai programmi fatti.

L'applicativo FARM permette di monitorare anche l'adesione alle terapie farmacologiche e le positività riscontrate alle sostanze d'abuso.

L'applicativo EPICRISI permette di avere una sintesi immediata della situazione attuale del paziente con un possibile confronto seriato delle situazioni precedenti a 3, 6, 9, e 12 mesi.

L'applicativo OUTPUT permette di evidenziare rapidamente tutte le prestazioni erogate sul paziente diversificandole per operatore e tipologia.

L'applicativo OUTCOME infine permette di valutare risultati osservati sul paziente in termini di: affrancamento da sostanze, qualità della vita, grado di reinserimento, grado di patologia evitata.

Il sistema prevede anche la possibilità di valutare contestualmente i costi generati (applicativo ANCOS).

CONCLUSIONI

La conduzione di un team working di tipo multidisciplinare, presenta sicuramente molti altri aspetti che non sono stati trattati in questo articolo. Tuttavia ci auguriamo di aver fornito una nuova visione agli operatori che permetta di migliorare le loro prassi anche al di là delle "teorie" che a volte possono essere esuberanti, anche se non teorizzare i propri modelli organizzativi e processuali porta di solito a bassi livelli di efficienza che si tramutano inevitabilmente in bassi livelli di efficacia.

BIBLIOGRAFICI

- J. Morrison. Addiction management. UNI-s.e.g. Editions NY. 2000
- G.P. Quaglini. Voglia di fare: motivati per crescere. Edizioni A. Guerini e Associati. 1999.
- B.M. Bass, B.J. Avorio. La leadership trasformazionale. Guerini e Associati Milano 1996
- Vedi anche fotocopie
- Brown R., "Group process. Dynamics within and between groups", Oxford 1989 (tr. it. "Psicologia sociale dei gruppi", Bologna 1990)
- Deutsch M., Krauss R., "Theories in social Psychology", New York 1965
- Lewin K., "Resolving social conflicts", New York 1948 (Tr. It. "I conflitti sociali. Saggi di dinamica di gruppo, Milano 1979)
- Rabbie J. M., Horowitz M., "Arousal of Ingroup-Outgroup Bias by a chance Win or Loss", Journal of personality and social psychology, 13, pp. 6-26, 1969
- Birkenbihl V.F., L'arte di interdersi. Come comunicare. Franco Angeli Milano 1990
- Castello G., Trasmettere competenze. Guida pratica per la gestione della comunicazione nella formazione e in azienda. Franco Angeli Milano 1999.
- Covey S.R., I sette pilastri del successo. L'arte della Leadership. Bompiani Milano 1997
- Kettlitz V., Come trattare i propri collaboratori. Introduzione alle nuove tecniche di leadership. Franco Angeli Milano 1998.
- Passerini W., Tomais A.A., Management dell'ascolto. Franco Angeli Milano 1994.
- Saben T.J., Comunicare in azienda. McGraw Hill Milano 1998
- Conti T., Autodiagnosi organizzativa. Sperling & Kupfer Milano 1997.
- European Fondatione For Quality Management. Autovalutazione. Linea guida del settore pubblico. Brussel Representative Office, Bruxelles, 1996.
- Fondazione Avedis Donabedian. Manuale per gruppi di miglioramento. Agenzia Sanitaria Regione Emilia Romagna, Bologna 1998.
- Adams J.S., Toward an understanding of equity, Journal of Abnormal and Social Psychology 1963.
- Aldeef C.P., Existence, relatedness and growth, Free Press New York.
- Argyris C., Schon D., Theory in practise, Jossey Bass San Francisco 1974.
- Argyris C., Schon D., Organizational Learning II, Theory, Method and Practice, Addison-Wesley, Reading, M.A. (tr. It. Apprendimento organizzativo, Guerrini e associati, Milano 1998).
- Furnham A., The psychology of behavior at work: the individual in the organization, Psychology Press, Howe 1997.
- Harrison R., A practical model of motivation and character development, The 19979 Annual, University Associates, La Jolla.
- Herzberg F., Work and nature of Man, Staples Press London.
- Lawler E.E., The ultimate advantage. Creating the high-involment organizations, Jossey-Bass San Francisco 1992.
- Locke R., Personnel attitudes and motivation, Annual Review of Psychology 1975
- Ma slow E., Motivation and Personality, Harper & Row, New York 1954.
- McClelland D.C., Assessing Human Motivation, General Learning Press, New York 1971.
- Mullins L.J., Management and organizational behavior, Pitman London 1996.
- Nicholson N., The Blackwell encyclopedic ditionary of organizational behavior, Balckwell Oxford 1995
- Robbins S.P., Organizational Behavior: concepts, controversies and applications. Prentice Hall International, Englewood Cliffs, 1993.
- Tampoe M., Knowledge worker. The new management challenging.Profetional Manager 1994.
- Vroom V.H., Work e motivation, Wiley, New York 1964.
- Westwood N.N., Organization Behavior, Longaman New York, 1992.



PRESTAZIONI, PRODOTTI E PROCESSI ASSISTENZIALI: CONCETTI DI BASE SULL'ACTIVITY BASE MANAGEMENT (ABM) E IL SISTEMA MFP PER IL RILEVAMENTO DELL'OUTPUT

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Oliviero Bosco ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. Sezione di Screening HIV - SerT 1 - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

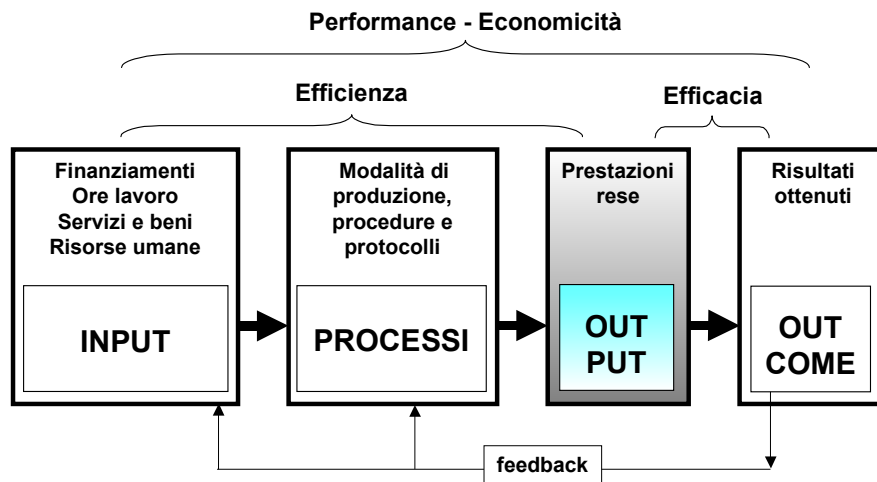
L'azienda socio-sanitaria (ASS), come tutte le organizzative produttive, eroga una lunga serie di servizi che vengono prodotti attraverso l'utilizzo di vari processi. Obiettivo di questo articolo è quello di mettere a fuoco i concetti di base relativamente a questi argomenti e presentare un sistema di rilevamento delle prestazioni per le attività in ambito territoriale/ambulatoriale. Il rilevamento delle prestazioni risulta indispensabile per vari ordini di motivi:

1. è utile per definire il lavoro svolto e i carichi di lavoro;
2. fa capire la reale capacità produttiva dell' U.O. per governare meglio;
3. è la base per calcolare il fabbisogno di dotazione organica;
4. serve per quantificare la quota di lavoro che può ricadere nel fondo incentivante;
5. è utile per comprendere meglio l'outcome in relazione alle prestazioni erogate;
6. serve per poter comprendere i ricavi;
7. serve per la programmazione del lavoro e l'organizzazione dell'utilizzo delle risorse (comprensione dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità);
8. può essere utilizzato come sistema agganciato al sistema di budget;
9. è di supporto durante la negoziazione del budget.

Come si potrà comprendere le ragioni per attivare e mantenere un sistema di rilevamento delle prestazioni erogate sono sicuramente molte e tutte valide. Non bisogna però dimenticare

che per poter contare (o meglio misurare) delle attività attraverso le prestazioni erogate è necessario partire chiarendo una serie di concetti relativi alla realizzazione dei “prodotti” sanitari sulla base di una domanda espressa, delle risorse a disposizione per evaderla e dei processi che si utilizzano per costruire ed erogare questo “servizio alla persona”.

Fig.1: Output nel processo produttivo



LE DIMENSIONI PRODUTTIVE DI UNA AZIENDA SANITARIA

Senza voler entrare in particolari, è comunque utile ricordare che la ASS (così come le sue U.O.) ha diverse dimensioni produttive. Essa infatti non eroga solo servizi alla popolazione o alle imprese, associazioni ecc., ma produce anche conoscenze tecniche, organizzative, scientifiche che rappresentano la base culturale ed esperienziale che fanno sì che l'organizzazione cresca e si mantenga nel tempo.

La produzione di conoscenze, riveste una particolare importanza non solo per le conoscenze di tipo formale e documentabili negli annali scientifici, ma anche per tutta quella gamma di conoscenze che sono il patrimonio “non scritto” delle organizzazioni sanitarie e che derivano dalle prassi, dalla continua valutazione dei propri errori, dal miglioramento che si è ottenuto con la verifica quotidiana delle proprie attività e che è stato fissato in modalità, rituali e regole che consentono ad una organizzazione di “ricordarsi” come funzionare al meglio. È chiaro che questo “tesoro” di conoscenze può essere meglio conservato e soprattutto trasmesso se esisterà un sistema permanente che incentivi l'organizzazione a descrivere i suoi processi anche attraverso la descrizione dei protocolli utilizzati, delle linee guida e dei criteri di qualità da mantenere per assicurare una erogazione di prestazioni di eccellenza.

Altre dimensioni produttive dell'ASS sono quella sociale e quella politica che riguardano il ruolo svolto nel campo per esempio del mantenimento e del miglioramento della qualità di vita e del senso di sicurezza e tutela sociale nei cittadini, nel mantenere i livelli di occupazione, di soddisfare indirettamente bisogni non sanitari e per quanto riguarda la dimensione politica quella di mantenere/incrementare il consenso sulle azioni intraprese e sulle scelte strategiche generali.

Tutto questo va fortemente valorizzato nella gamma di prodotti dell'azienda al fine di non ridurre la valutazione delle attività e degli effetti delle ASS alla mera conta delle prestazioni o del pareggio di bilancio.



PROCESSI, PRODOTTI E PRESTAZIONI

Processi

Come già riportato e in altri articoli all'interno di questo manuale riveste una particolare importanza la descrizione dei processi attraverso la quale l'Azienda produce i propri servizi e/o prestazioni.

La visione attraverso i processi produttivi dell'ASS è funzionale per poter costruire un sistema che permetta di far comprendere agevolmente non solo la quantità di volume prodotto ma anche quanto questo possa essere messo in relazione con le risorse impiegate (e il loro costo) per valutare quindi l'efficienza del nostro sistema, con i risultati ottenuti in termini di grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata, e quindi poterne misurare anche la reale efficacia.

La misurazione dell'output è quindi di fondamentale importanza per poter eseguire da analisi l'efficacia, dell'efficienza, e delle economicità della ASS.

Con il termine "processo" dobbiamo intendere la sequenza strutturata di attività/azioni per raggiungere un output definito anche "prodotto".

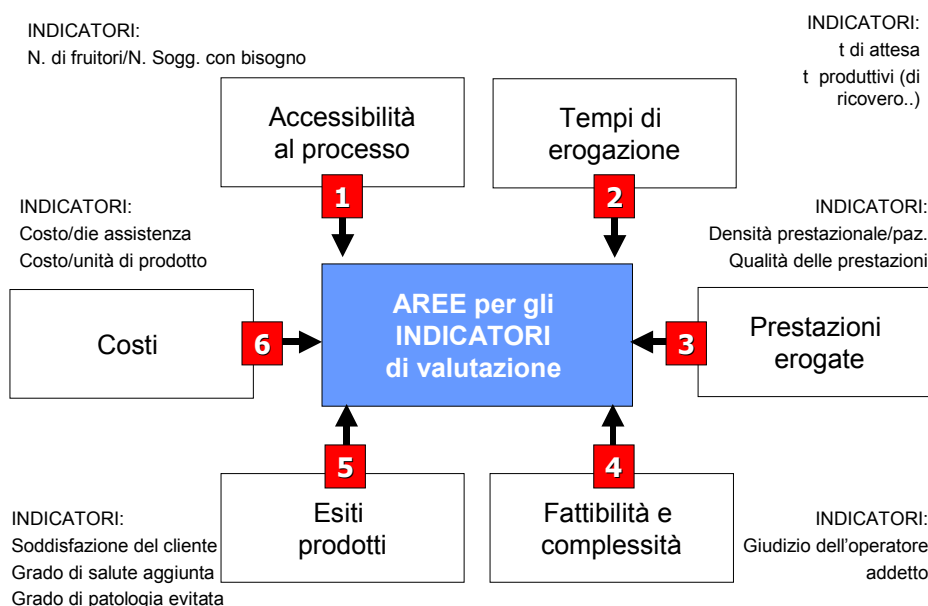
Il processo quindi è un insieme (sequenza strutturata) coordinata di "operazioni" omogenee per scopo.

Le "operazioni" sono catene di azioni che generano variazioni economiche (aggiunta di valore) delle risorse impiegate: Si dividono in operazioni di acquisto, di trasformazione e di cessione.

Con il termine "prodotto" si deve intendere il risultato di una o più operazioni di cessione di servizi o di acquisto di beni e/servizi.

Come è ben definito nell'articolo del benchmarking, a cui si rimanda, per valutare la bontà di un processo si devono utilizzare una serie di indicatori che prendano in considerazione vari aspetti: l'accessibilità al processo, il tempi di erogazione, le prestazioni erogate all'interno del processo, la fattibilità e la complessità del processo stesso, gli esiti realmente prodotti e i costi.. La figura successiva riporta in sintesi questi concetti.

Fig. 2: Indicatori specifici per la valutazione dei processi (benchmark di processo)



Prodotto

Con il termine “prodotto” si deve intendere quindi l’output di uno o più processi finalizzato a soddisfare una domanda utilizzando specifiche risorse.

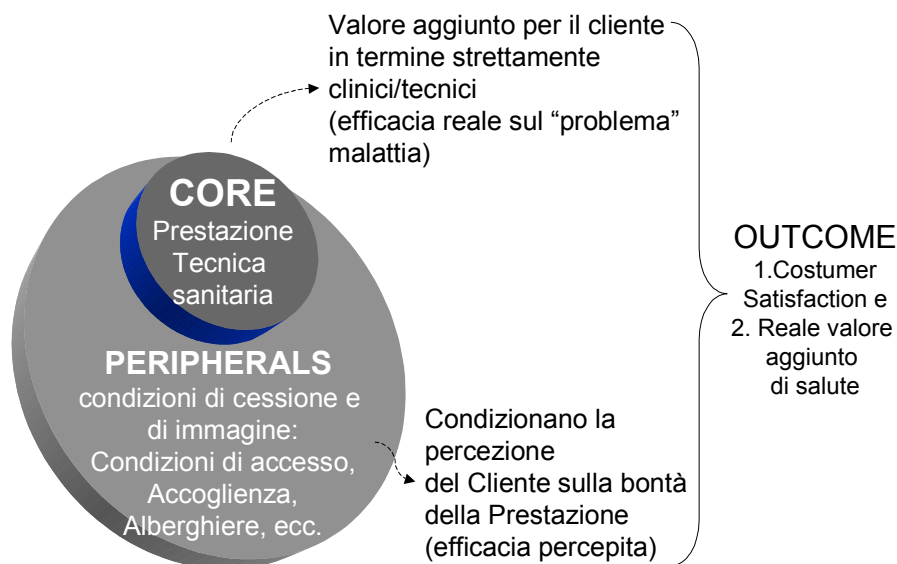
Il prodotto non equivale alla sola “prestazione tecnica” (core) ma vi sono anche altre componenti (peripherals) che sono importanti per il cliente e che fanno parte del prodotto stesso. Esso infatti, così inteso, deve contemplare nel suo interno le condizioni di cessione della prestazione e le condizioni di immagine nella quale avviene l’erogazione.

Il “core” rappresenta il valore aggiunto per il cliente in termini strettamente clinico/tecnici e cioè l’efficacia reale sul “problema” malattia.

I “peripherals” sono le condizioni di cessione e di immagine che cioè le condizioni di accesso, accoglienza, alberghiere, eccetera. Queste sono in grado di condizionare la percezione del cliente sulla bontà della prestazione (efficacia percepita).

Le condizioni di cessione sono le condizioni ambientali e relazionali in cui avviene la fornitura della prestazione. Le condizioni di immagine sono le condizioni percepite come utili e gradite dal cliente che incrementano la percezione del valore del prodotto fornito. Queste condizioni non sono in stretta relazione con il “core” che non viene influenzato da esse nella qualità della prestazione tecnica, ma i peripherals generano un valore aggiunto alla prestazione tecnica fortemente percepito dal cliente.

Fig. 3: Le due componenti del prodotto/prestazione complessa



La prestazione richiesta dal paziente a una serie di dimensioni che ha descrivono non solo quantitativamente ma anche qualitativamente. Il cliente e infatti, esprimendo una domanda, richiede implicitamente che le prestazioni tecniche e sanitarie comprendano: informazioni chiare, diagnosi precise, terapie efficaci e supporto psicologico. Tutto questo è fornito con



condizioni di tempestività, compatibilità con i propri atti di vita e la propria autonomia decisionale, atti con una buona qualità relazionale ed ambientale (comfort), e con personalizzazione sui propri bisogni generali ed impegni di vita.

Fig. 4: Dimensioni della prestazione richiesta dal paziente. Componenti dell'output e da fornire da parte del professional



Infine il prodotto può essere definito tale solo se possiede le caratteristiche riportate nella tabella successiva.

Tab. 1: Caratteristiche per poter definire una prestazione “prodotto”

1	È in relazione con una domanda o un bisogno e finalizzato alla loro soddisfazione
2	Identifica chiaramente l'oggetto di cessione
3	Quantifica l'entità di cessione
4	Esprime un valore economico (utilità & soddisfazione di una domanda) correlato alla cessione
5	È correlato ai processi aziendali che lo realizzano

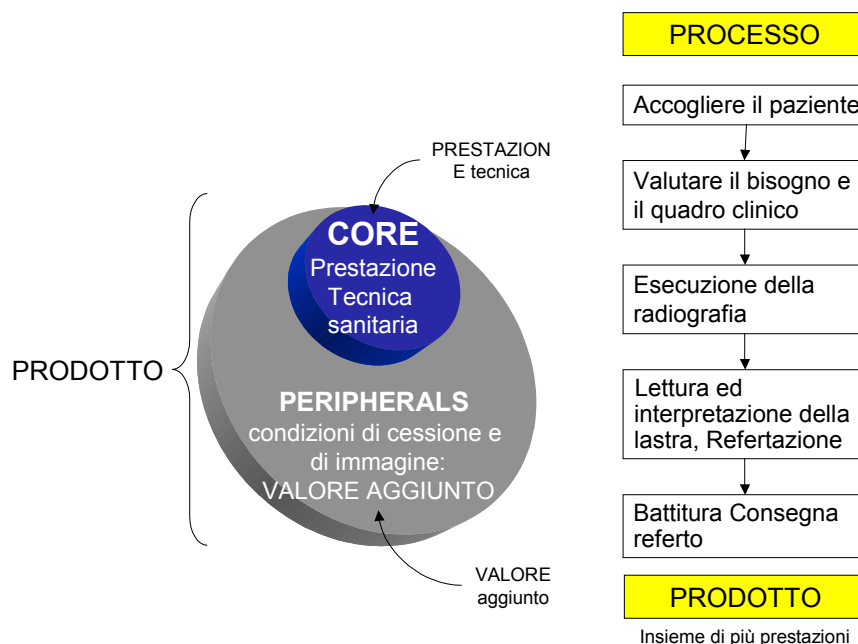
Il prodotto quindi deve essere visto come la conseguenza di una operazione di “cessione, ma anche di acquisto” in quanto può riguardare sia il nucleo produttivo erogante prestazioni

sanitarie ma anche il back office deputato all'acquisto di beni e servizi per potere rendere operativo il nucleo produttivo sanitario.

Il prodotto è il risultato di operazioni più o meno complesse e può essere definito anche "combinazione produttiva". Esso è l'oggetto dello scambio con il cliente nonché l'oggetto del giudizio.

Il prodotto visto come combinazione produttiva, e cioè come insieme di più prestazioni semplici, è molto importante per poter comprendere come definire anche i sistemi di rilevamento delle prestazioni.

Fig.5: La combinazione produttiva



Infine, sempre relativamente ai prodotti, si ricorda che ogni azienda/U.O. dovrebbe essere in grado di definire precisamente il suo "portafoglio prodotti" inteso come un listino delle prestazioni erogabili e tariffate. Questo permetterebbe di avere maggior chiarezza anche sulle prestazioni offerte e creerebbe sistemi molto più controllabili nel volume e nella qualità del servizio erogato.

Prestazioni

Con questo termine si deve intendere "l'azione prestata a qualcuno" a fronte di una domanda. Va distinta la "prestazione semplice", che è una "azione" che porterà, con il contributo di altre azioni (prestazioni semplici), alla realizzazione di un prodotto, dalla "prestazione complessa". Questo tipo di prestazione equivale "all'operazione" e cioè all'insieme delle azioni che l'operatore esegue per produrre un prodotto e che esitano in una operazione di cessione (e erogazione) ad un cliente che esprime una domanda.

Erogare quindi una prestazione complessa è una operazione di cessione di un prodotto. Dal punto di vista dell'operatore è "soddisfare una domanda esterna", mentre dal punto di vista



del cliente è “soddisfare un proprio bisogno” mediante l'utilizzo del prodotto e quindi “consumare”.

Le figure successive riportano in sintesi questi concetti.

Fig. 6: Azioni, operazioni e prestazioni

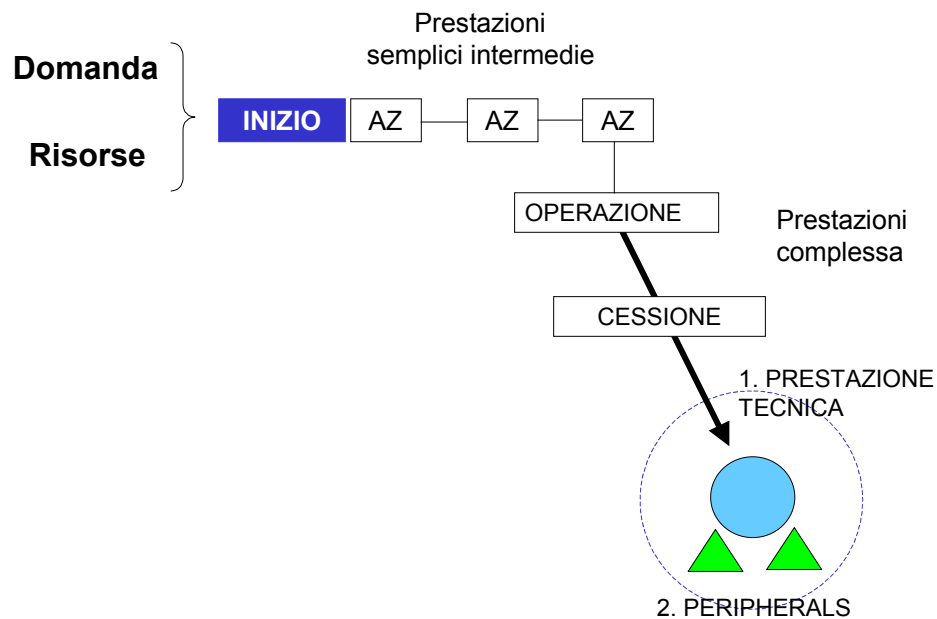
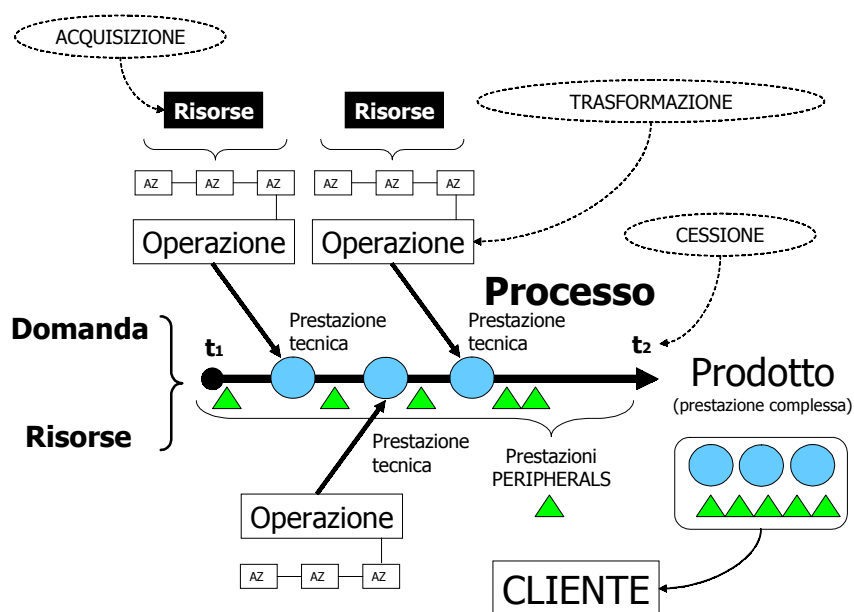


Fig. 7: Componenti del processo



Interdipendenze

Nel realizzare un prodotto vi può essere la concorrenza di più processi. Esistono infatti processi produttivi per singolo centro di responsabilità, concorrenti alla realizzazione di più prodotti con la messa in comune di operazioni.

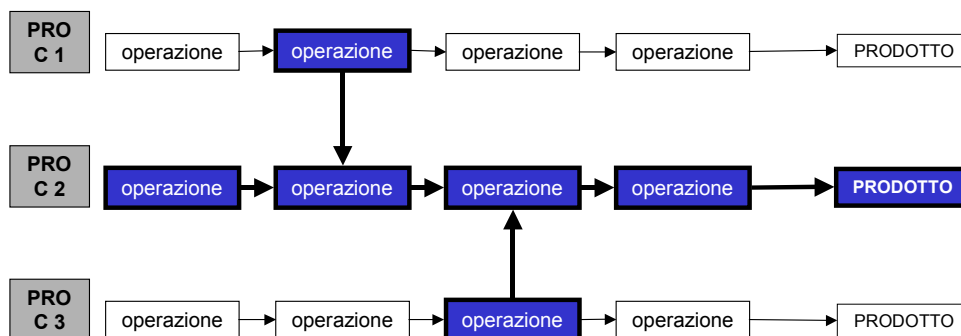
Queste relazioni tra processi vengono definite “interdipendenze” ed è molto importante definirle al fine di poter razionalizzare il percorso operativo.

L'interdipendenza è quindi la relazione tra due o più processi, a volte dipendenti da più centri di responsabilità, necessaria e vincolante per la realizzazione del prodotto. Essa viene sostenuta da:

1. utilizzo in comune di risorse (tecnologiche, spazi/logistica, professionalità/personale, conoscenze ecc.);
2. necessità di prodotti intermedi per realizzare il prodotto finale, forniti dai vari centro di responsabilità. Realizzazione delle sotto componenti del prodotto (tempi e sequenze produttive) è “multicontroller” cioè dipendente da vari centri di responsabilità.

La figura successiva rappresenta in forma visiva questi concetti.

Fig. 8: Concorrenza di più processi alla realizzazione del prodotto



IL PERCORSO DEL PAZIENTE

Il processo produttivo può essere visto anche attraverso l'analisi del percorso del paziente all'interno della struttura sanitaria. Il “percorso del paziente” è il tragitto che fa il paziente, affetto da una data patologia, all'interno dell'azienda o dell'unità organizzativa, valutato tramite la sequenza temporale delle varie prestazioni che riceve negli ambienti di erogazione (Centro di Responsabilità - CdR e Centro di Costo - CdC), attraverso i quali la persona transita durante le attività di diagnosi, cura e riabilitazione (Casati 2000).

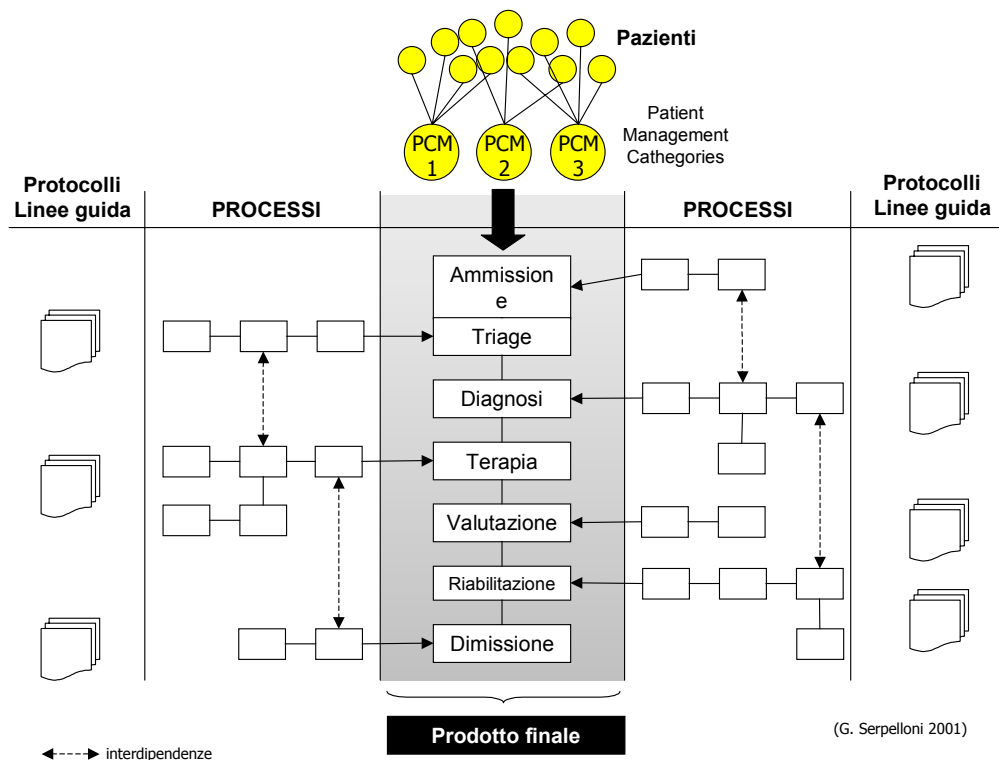
Esistono diversi percorsi in base alle diverse patologie da affrontare. I pazienti in ingresso vengono infatti raggruppati in “Patient Management Categories” e avviati sui vari percorsi. Essi vengono formalizzati in algoritmi e corredati da opportuni protocolli, linee guida e quant'altro necessario per definire e standardizzare non solo la sequenza delle azioni ma anche le singole operazioni tecnico scientifiche quali per esempio la somministrazione di farmaci, la esecuzione di particolari e complessi esami diagnostici.

Durante queste attività il paziente viene in contatto con diversi processi che, in base alle esigenze di diagnosi e cura, erogano una serie di prestazioni.

Il percorso del paziente non va quindi confuso con i processi eroganti prestazioni ma è una situazione più complessa che può orientare la lettura organizzativa in maniera molto differente.



Fig. 9: Il percorso del paziente



ALCUNE INDICAZIONI SUL SISTEMA ACTIVITY BASED MANAGEMENT, **ABM**

(sintesi tratta da "Il percorso del paziente, la gestione per processi in sanità". G. Casati 1999, EGEA)

Premesse

Con il termine Activity Based Management (di seguito ABM) traducibile con *"gestione integrata per attività"* si intende un modello di analisi e valutazione della gestione basata sulle attività e sui processi e non, come tradizionalmente avviene, sulle risorse e sul risultato complessivo finale.

L'ABM fonda le sue motivazioni sulla constatazione che il dirigente non governa il risultato finale, bensì le attività, intese anche come output intermedi, e i processi che lo determinano. Sono infatti le attività che consentono di analizzare, trasformare, movimentare, presentare, vendere o erogare i prodotti (o le prestazioni) e i servizi.

Per ABM si intende quindi una logica di analisi della realtà aziendale basata sulle attività e sulle modalità con le quali esse si integrano e si combinano rispetto a specifici processi aziendali.

La finalità di tale approccio si concentra, prevalentemente, sulla necessità di comprendere le modalità di funzionamento dell'azienda nella gestione dei processi con un forte orientamento al miglioramento di questi ultimi intervenendo sia sull'organizzazione e sui meccanismi di integrazione sia sulle modalità di sviluppo dei processi.

La mappatura delle attività aziendali e la riproduzione dei legami tra esse esistenti ha successivamente evidenziato che l'analisi e la valutazione dei processi rappresenta un traguardo conoscitivo decisamente superiore a quello rappresentato dai costi per prodotto.

Il sistema ABM è anche una modalità di rappresentazione di ciò che viene fatto all'interno dell'organizzazione al fine di supportare i processi di ingegnerizzazione e reingegnerizzazione. Introducendo l'approccio ABM si opera quindi uno spostamento dell'attenzione dall'aspetto economico a quello qualitativo: con ciò non si vuole sostenere che il dato di costo viene accantonato sul piano decisionale per essere sostituito da altre informazioni ma che, sul piano della concreta possibilità di intervento gestionale da parte della dirigenza medica, risulta molto più efficace disporre di un'informazione che esplicita le modalità con le quali si sviluppa un determinato processo. Ciò rappresenta, tra l'altro, l'avvio di un sistematico confronto tra processo atteso ed effettivo, stimolando, in tal modo, gli interventi gestionali volti a migliorare la coerenza tra ciò che viene fatto e ciò che deve essere fatto. L'elemento qualitativo, in quest'ultimo approccio, emerge fortemente, soprattutto in contesti professionali, quando il processo di riferimento o quello atteso è rappresentativo di uno specifico livello qualitativo del servizio prodotto ed erogato.

In altre parole, attraverso il sistema ABM è possibile attivare logiche di *continuous improvement*, che ne rappresentano la finalità principale, fondate sul costante monitoraggio dei processi e l'individuazione delle azioni per il loro miglioramento. Secondo questa logica, gestire attraverso le attività non significa limitare la propria azione al governo dell'esistente, ma trova concreta espressione in un processo ininterrotto ed assiduo di potenziamento e miglioramento di tutti gli aspetti d'azienda.

Il sistema ABM è una logica di gestione che fonda le sue radici sulla consapevolezza che, prima dei dati contabili e dei valori relativi ai risultati prodotti, è necessario agire sulle attività che determinano i risultati. Nella sostanza, infine, il sistema ABM si propone di gestire le attività e non necessariamente i costi ad esse connessi.

L'ABM nasce, come si è accennato, quale moderna risposta al problema del governo e della gestione delle aziende complesse recependo, nei suoi contenuti e nella metodologia proposta, l'evoluzione delle aziende da forme semplici, monoprodotto o basate su una divisionalizzazione spinta del settore produttivo, a forme complesse, multi prodotto con scarsa divisionalizzazione, e con output sempre più caratterizzati dalla congiunzione di beni materiali e servizi.

Sul piano delle finalità, oltre al citato *continuous improvement*, quelli del sistema ABM sono complessivamente semplici e rappresentano l'insieme delle aspirazioni di qualunque dirigente. In sintesi esse sono le seguenti (I.A. Brimson, I. Antos, 1994; P. Zanenga, A. Amaglini, 1994):

1. aumento del valore (non strettamente in senso economico), per il cliente, del bene o servizio ceduto (*customer satisfaction*);
2. riduzione o eliminazione dei costi inutili;
3. aumento dell'integrazione aziendale;
4. aumento delle capacità di comprensione delle modalità di funzionamento e di formazione dei costi nell'azienda e, conseguentemente, sviluppo delle capacità previsionali.

La portata innovativa dell'ABM, consiste nel completare e sistematizzare i concetti fondamentali della qualità totale in uno strumento applicativo che stravolge le modalità tradizionali d'osservazione dell'azienda. I settori, servizi, divisioni e uffici, che rappresentano l'oggetto di analisi dell'approccio tradizionale, vengono sostituiti con i concetti di attività e di processo.

Tale modo di osservare l'azienda garantisce, affermano i sostenitori dell'ABM, una serie di vantaggi di estremo rilievo (I.A. Brimson, I. Antos, 1994; P. Zanenga, A. Amaglio, 1994):



1. L'attività può essere vista come una microazienda con possibilità di identificare «clienti» e «fornitori» (siano essi interni od esterni all'azienda). Rispetto ad esse è possibile determinare i costi sostenuti e il valore generato (in termini di qualità percepita) rispetto ad output specifici. Ciò consente di osservare l'azienda come un insieme di relazioni, che si realizzano in un contesto di «mercato» o «quasi mercato» e non sulla base dei ruoli gerarchici.

2. L'individuazione delle attività, quando determina anche l'assegnazione di specifiche responsabilità organizzati ve rispetto ad esse, genera un processo mediante il quale il singolo operatore si sente coinvolto non solo nell'ottenimento di un determinato output (per es. numero di prestazioni prodotte rispetto alle risorse impiegate) ma anche nel miglioramento della qualità del servizio prodotto. Tale processo, denominato «*empowerment*», orienta gli operatori a comportamenti di disponibilità a comprendere le esigenze specifiche del «cliente», di riduzione dei tempi di erogazione e di propositività nei confronti della direzione per il miglioramento dei processi.

3. La possibilità di strutturare le attività nell'ambito di processi aziendali consente di avere una visione orizzontale dell'organizzazione e un chiaro quadro dei livelli di integrazione.

4. L'analisi delle modalità con cui le attività si combinano al fine di generare gli output dell'azienda consente di giungere alla comprensione dei processi e, in prospettiva, di procedere ad una loro continua revisione finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi offerti. In tal modo viene attivato un «circolo virtuoso», denominato «*business process reengineering*», che coinvolge tutti gli operatori dell'azienda.

5. L'individuazione dei legami di causa/effetto tra attività e costi e tra attività e processi consente di isolare le leve gestionali (*driver*) sulle quali è possibile intervenire per modificare il valore generato.

Alcune definizioni

Attività

Per attività si intende un'entità, non necessariamente coincidente con una struttura fisica, definibile come sistema economico elementare che produce output acquisibili dal suo mercato (interno o esterno).

L'aggettivo «elementare» non deve fare ritenere che qualunque «operazione» effettuata all'interno dell'organizzazione possa essere considerata come attività. Essa, semmai, è rappresentata da un insieme di operazioni combinate in modo tale da generare un output «acquisibile» dal mercato. Il cliente può essere «esterno», nel caso sia un paziente o un'azienda che si rivolge al sistema sanitario, o «interno» nel caso in cui si tratti di un settore/ufficio/unità operativa interna all'azienda che fruisce dei prodotti/prestazioni di un altro settore/ufficio/unità operativa della stessa azienda.

L'attività deve essere caratterizzata dai seguenti elementi:

1. assorbire un insieme specifico di risorse;
2. generare un output visibile e misurabile;
3. avere uno o più «clienti», interni o esterni all'azienda, chiaramente individuabili;
4. essere monitorata mediante uno più indicatori di performance.

Ciascuna attività individuata assorbe uno specifico quantitativo di risorse (personale, materiali, tecnologia e, anche, altre attività) al fine di produrre un output impiegato nella produzione di prestazioni complesse.

L'attività quindi descrive le *modalità* con le quali un'azienda trasforma delle risorse per ottenere uno specifico output.

Macrotypi di attività

I processi che danno luogo a servizi “vendibili”, in senso stretto, rappresentano solo una parte dell'insieme dei processi aziendali. Esistono infatti una serie di attività non orientate direttamente alla produzione di prestazioni, che vengono definite “di supporto o ausiliarie”.

1. Attività di supporto o ausiliarie

Con il termine “attività di supporto” o ausiliarie ci si riferisce a quelle che non producono prestazioni in senso tecnico, come per esempio l'attività di direzione e coordinamento, prestazioni che non fanno direttamente parte dei processi produttivi che rappresentano l'oggetto dell'azienda, per esempio le movimentazioni di magazzino. Le attività di supporto non sono quindi direttamente riferibili ai processi orientati alla produzione delle prestazioni finali.

2. Attività prestazione (2.1 primarie, 2.2 secondarie)

Le **attività prestazione**, invece, sono quelle che producono un output di tipo sanitario (per es. la visita) o non sanitario (il pasto per i degenti) pur che faccia parte integrante dei processi produttivi tipici dell'azienda. Gli output delle attività prestazione, tuttavia, possono contribuire direttamente alla produzione di una prestazione complessa, successivamente ceduta all'esterno dell'organizzazione che l'ha prodotta, o esserne semplicemente una componente indiretta e, in questo caso, rappresentare uno dei fattori di input di un'altra attività. Al fine di identificare distintamente le due tipologie di attività è opportuno classificarle rispettivamente in *primarie* e *secondarie*.

In generale sono attività prestazione *primarie* quelle che producono un output completo e fruibile da un soggetto esterno alla microrealtà organizzativa che lo ha prodotto (prestazione cedibile). È il caso, a titolo esemplificativo, di una visita ambulatoriale, di una prestazione di laboratorio (indipendentemente che venga effettuata su un paziente esterno o a favore di un ricoverato) o della dimissione di un paziente ricoverato o, nel caso di servizi territoriali, di una vaccinazione o di un'ispezione ad un'impresa.

Sono attività di prestazioni *secondarie*, invece, quelle che producono output parziali e non cedibili autonomamente. In altre parole esse fanno parte di processo produttivo interno alla microrealtà organizzativa che produce, in combinazione con altre attività, la prestazione complessa quale output di un'attività primaria. Questa si configura come attività prestazione secondaria in quanto non cedibile separatamente .

Al fine di chiarire il concetto di “attività”, si consideri l'esempio nella tabella successiva, relativo ad un generico processo di ricovero.

Funzione: è un'aggregazione di attività correlate da una finalità comune (per esempio la funzione acquisti, quella produttiva ecc.);

Processo: è un'insieme di attività fra loro correlate ed interdipendenti in ragione dell'output finale (per esempio le attività legate all'assunzione di personale).

Operazione: è l'unità di lavoro più elementare utilizzata per scopi di programmazione o controllo.

Task: è una combinazione di operazioni che caratterizzano un'attività. In altri termini, è rappresentativo del risultato dell'attività.

Cost driver: con tale termine si intende il fattore caratterizzante l'attività rispetto al quale è possibile ricostruire o prevedere le modalità con le quali si sono formati o si formeranno i costi. Il concetto di cost driver trova un utile impiego soprattutto in ambito dell'activity base costing. È infatti rispetto a tale fattore che si giunge a determinare le modalità di ribaltamento dei costi indiretti tra diverse attività e tra queste ultime e processi. Esso, peraltro, ha un'utilità rilevante anche in ambito ABM in quanto rappresenta il fattore sul quale incidere allo scopo di avviare il

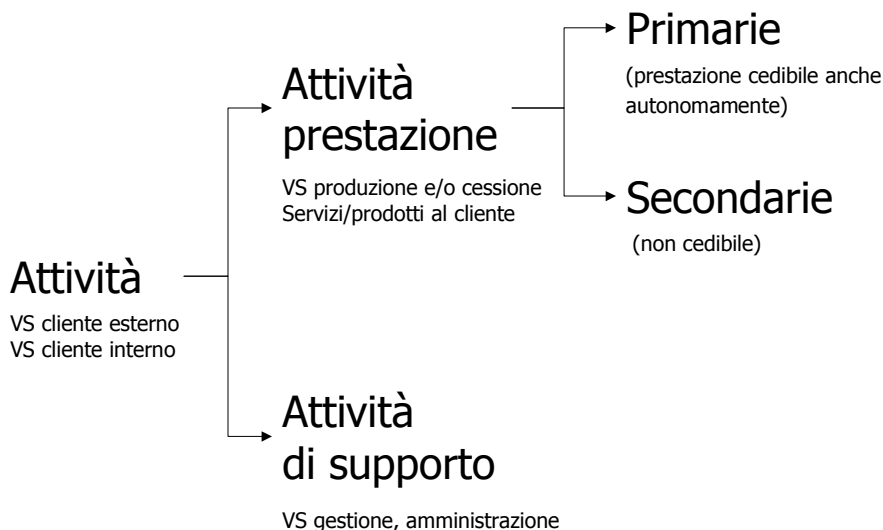


processo di miglioramento continuo. Generalmente il cost driver è rappresentato da un indicatore prestazionale (visite, giornate di degenza, vaccinazioni, certificati, ecc.). In alternativa, quando l'indicatore prestazionale risulta inadeguato in quanto non rappresentativo di una quantità di risorse assorbite (per esempio le ispezioni sugli allevamenti), è possibile utilizzare, quale proxy di un indicatore di processo, il fattore produttivo «guida» nell'impiego delle risorse (per esempio: ore uomo, ore macchina o il tempo di esecuzione necessario per la produzione dell'output) o indicatori espressivi della complessità organizzativa (per esempio, soprattutto per le attività di coordinamento, di direzione o di manutenzione, il numero di operatori coinvolti o il numero o dimensione dei locali o il numero dei pezzi o il valore della tecnologia impiegata);

Output: con tale termine ci si riferisce a ciò che esce dall'attività. L'output rappresenta il prodotto che arriva sul mercato (interno o esterno all'azienda). Il cost driver è rappresentato dal numero di determinazioni effettuate, comprese quelle per la taratura degli strumenti e quelle per errori o per la verifica in doppio dei positivi, mentre l'output è rappresentato dal numero di determinazioni refertate, ossia di quelle "vendute"

Indice di performance: esso consente di ottenere un dato sintetico sulle attività al fine di valutarne il grado di efficienza ed efficacia e, da un certo punto di vista, potrebbe essere impiegato anche al fine di stabilire gli obiettivi. Generalmente l'indicatore di performance è definito dal rapporto tra cost driver e output. Riprendendo l'esempio precedente potrebbe essere rappresentato dal rapporto tra determinazioni effettivamente repertate e fatte. In tal modo è possibile rendere conosciuto il numero di prestazioni necessarie o effettuate per determinazione refertata.

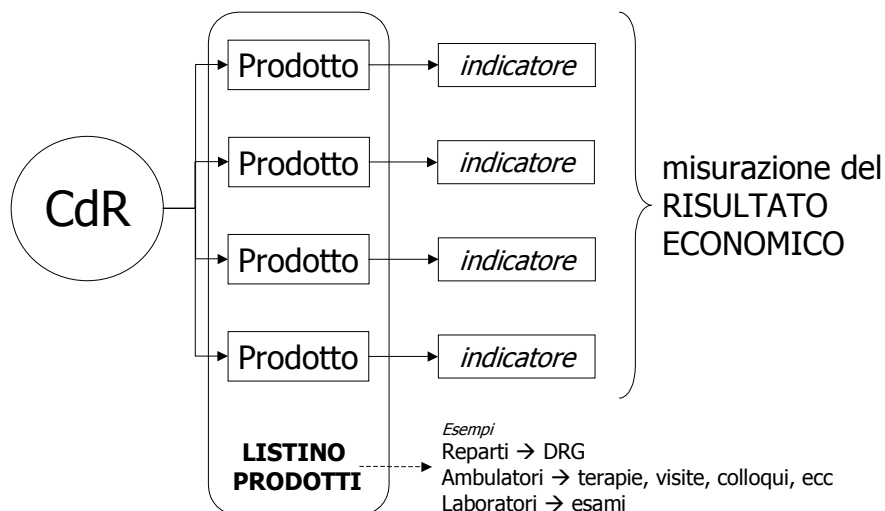
Fig. 10: Tipi di attività



Tab. 2.: Attività versus cliente esterno, esempio per ricovero chirurgico (da G. Casati 1999 modificato da G. Serpelloni 2002)

ATTIVITÀ PRESTAZIONE		ATTIVITÀ DI SUPPORTO
Primarie	Secondarie	
<i>Producono un output completo e fruibile da un soggetto esterno alla microrealtà organizzativa che lo ha prodotto</i>	<i>Producono output parziali e non cedibili autonomamente. fanno parte di processo produttivo interno in quanto non cedibile separatamente .</i>	<i>Non producono prestazioni in senso tecnico, non fanno direttamente parte dei processi produttivi che rappresentano l'oggetto di cessione dell'azienda, non sono direttamente riferibili ai processi orientati alla produzione delle prestazioni finali.</i>
	Prenotazione del ricovero.	Schedulazione di segreteria.
Presa in carico del paziente (accoglienza e prima valutazione).	Apertura cartella e registrazione.	Direzione e coordinamento.
	Preparazione della stanza.	Organizzazione, gestione del personale e produzione servizi interni.
	Definizione del quadro anamnestico (e successive revisioni).	
	Somministrazione pasti.	
Valutazione diagnostica con richiesta accertamenti diagnostici (prestazioni singole): - visita medica - test ecc.	Spostamenti da/a centri diagnostici.	
	Trasferimenti da/a altri reparti.	
Interpretazione accertamenti diagnostici con restituzione dei risultati.		
Formulazione diagnosi e impostazione terapie.		
Verifica parametri vitali.	Richiesta farmaci.	Acquisto farmaci e presidi.
Somministrazione terapie.	Preparazione per l'intervento chirurgico.	Manutenzione delle sale operatorie.
	Spostamenti da/a sala operatoria.	
Intervento chirurgico e gestione del postoperatorio.	Assistenza specifica di supporto della fase intensiva	Gestione generale dei reparti
	Completamento cartella clinica.	Archiviazione delle cartelle cliniche.
Stesura e consegna della relazione clinica sullo stato di salute per il paziente.		
Dimissione.		Valutazione del volume produttivo e dei costi.

Fig. 12: Prodotti, indicatori e CdR



Gli indicatori devono essere agganciati ad ogni singolo prodotto vanno identificati per singolo centro di responsabilità. Gli indicatori devono possedere alcune caratteristiche di base in modo tale da poter essere realmente utilizzabili. Tali principali caratteristiche sono riportate nella tabella successiva.

Tab. 3: Caratteristiche degli indicatori per CdR

1	Sintetici (n. tra i 15 –20 indicatori)
2	Quantitativi
3	Devono poter essere correlabili con le risorse impiegate
4	Di supporto al processo di budget (valutazione dell'efficienza produttiva – rapporto risorse/prestazioni)
5	Espressivi di un bisogno/domanda a cui si deve dare risposta e correlata alla mission/finalità dell'azienda. (valutazione dell'efficienza allocativa – valutazione dell'evasione della domanda con l'offerta)
6	Collegato ad uno specifico CdR
7	Condiviso

Nel definire gli indicatori, oltre al nome della prestazione a cui sono agganciati, sarà utile identificare e specificare anche altre caratteristiche e condizioni come riportato nelle figure successive. Il prodotto (prestazione complessa), può essere infatti descritto utilizzando una serie di specifiche a livelli successivi che possono usufruire anche di specifici software che agevolano la compilazione.



Fig. 13: Altre caratteristiche che descrivono la prestazione (esempio)

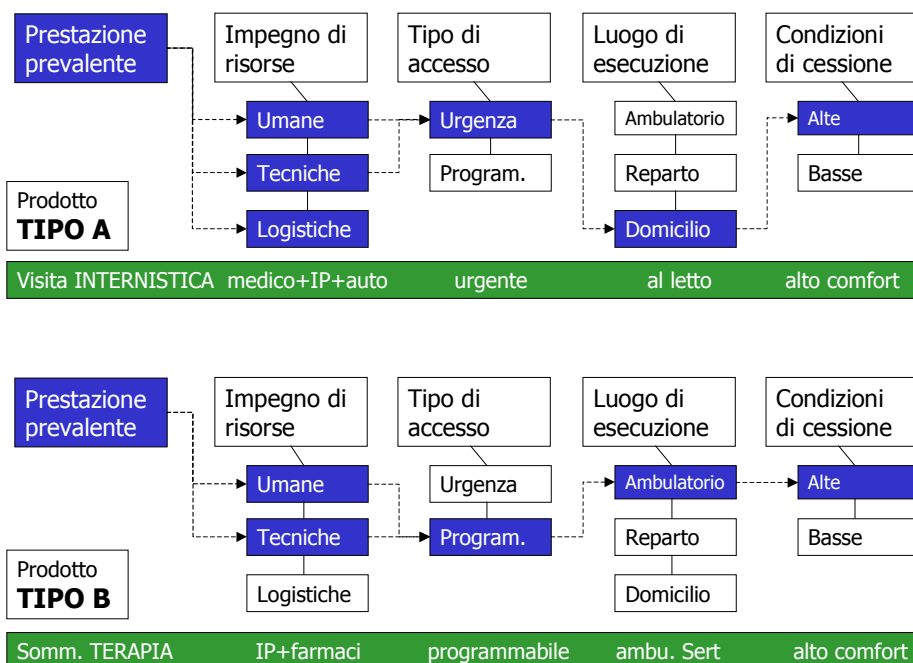
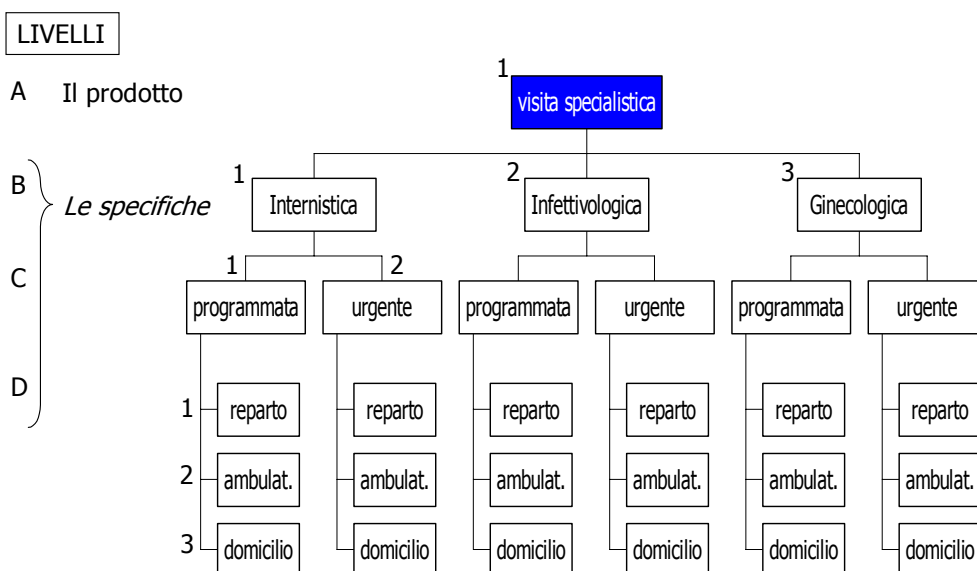


Fig. 14: Classificazione ad albero dei prodotti



PRODOTTI E PRESTAZIONI IN AMBITO TERRITORIALE/AMBULATORIALE

Il “prodotto” è la “prestazione complessa” erogata per rispondere ad una domanda (visita specialistica, colloqui psicologico, test, ecc.)

La scelta degli indicatori dipende anche dal rapporto che si instaura con il cliente:

Nel rapporto occasionale, dove non si ha con il cliente un rapporto continuativo finalizzato ad una vera e propria presa in carico con l'instaurazione di terapie che hanno bisogno di essere seguite e monitorate nel tempo, l'indicatore principale è il numero e il tipo di prestazioni erogate.

Nella rapporto continuativo invece, dove si instaura con il cliente un rapporto duraturo con frequenti accessi e terapie complesse che hanno bisogno di essere seguite nel tempo (come la terapia sostitutiva con metadone), oltre al numero di prestazioni erogate (volume) devono essere utilizzati anche degli indicatori di complemento quali il numero di giorni di carico/terapia, il numero di clienti in carico, il tempo medio di carico/paziente e il numero di prestazioni/paziente (densità prestazionale).

Per questi aspetti anche di tipo finanziario si rimanda all'articolo sulla valutazione dei costi. In questa sede ci basta ricordare che esistono differenze tra i vari valori monetari che spesso si usano come termini omologhi ma che hanno invece significati diversi.

Tab. 4: Valori monetari del prodotto

PREZZO	valore di scambio di un bene o un servizio. Si forma sul mercato per l'incontro Domanda-Offerta. È una misura del valore dell'utilità
TARIFFA	valore di scambio del prodotto che viene PREdeterminato. Non si forma non dal mercato (incontro domanda-offerta)
SPESA	valore di acquisto delle risorse. Corrispondente all'esborso
COSTO	valore del bene “al momento del consumo” non al momento dell'acquisto

UN SISTEMA PER LA REGISTRAZIONE E VALUTAZIONE DELLE PRESTAZIONI NEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE (MFP – OUTPUT ©)

In base alle considerazioni precedentemente esposte si è messo a punto un sistema per la registrazione e valutazione delle prestazioni erogate all'interno di un Dipartimento delle dipendenze.

L'attività socio-sanitaria in generale e nei SerT in particolare, si compone di due grossi aspetti: da un lato le prestazioni che gli operatori erogano nel corso della loro attività di routine rivolta alla “cura” del paziente con problemi di tossicodipendenza e le patologie ad essa correlate, dall'altro la ricaduta che questi interventi hanno sulla salute o sulla modificazione rispetto all'abuso di sostanze dei pazienti stessi (cioè la valutazione degli esiti dei trattamenti). In questa sede ci occuperemo essenzialmente del primo aspetto.

L'attività clinico-assistenziale nei SerT è connotata da una particolare complessità essendo essa composta da numerosi aspetti che vanno da quello strettamente sanitario a quello sociale e di sostegno psicologico. Tale attività genera quindi una notevole quantità di prestazioni erogate, diverse per tipologia e per entità, che necessitano di una loro identificazione e standardizzazione. Questo tipo di operazione permette innanzitutto di avere una idea realistica della mole di lavoro che esiste nei SerT, ma anche di capire la tipologia delle prestazioni erogate, i carichi di lavoro e conseguentemente le dotazioni organiche idonee.

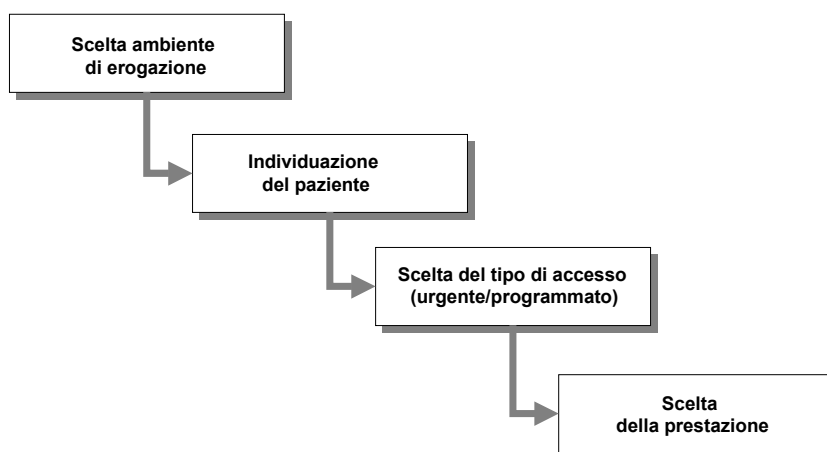
Da un punto di vista generale possiamo dire che prima di arrivare ad identificare la prestazione erogata e procedere al suo inserimento, è necessario tenere conto di un algoritmo



logico che prevede innanzitutto l'individuazione degli ambienti in cui essa viene erogata (es. ambulatorio, reparto, day hospital, comunità, domicilio). Questo permetterà successivamente di identificare i flussi prestazionali della struttura e di ricostruire in questo modo il percorso assistenziale del paziente.

Successivamente, oltre ad identificare il paziente nei confronti del quale è stata eseguita la prestazione, è indispensabile individuare il tipo di accesso della prestazione stessa (in regime di urgenza o programmata) poiché essa verrà tariffata in modo diverso.

Fig. 15: sequenza per la registrazione delle prestazioni



Conseguentemente si è proceduto alla individuazione delle prestazioni che vengono erogate durante l'attività routinaria all'interno del dipartimento.

Si sono identificati innanzitutto due principali aspetti di attività: attività prestazione ed attività di supporto (macrotipi di attività).

Le prime possono essere definite come quelle rivolte specificatamente alla gestione del paziente ed alle sue problematiche, mentre le seconde comprendono tutte quelle attività che non hanno una ricaduta immediata sul paziente, ma che fanno parte di quel corollario di attività che comprendono gli aspetti amministrativi e di ricerca indispensabili per permettere l'aggiornamento del personale e la gestione di un dipartimento.

I macrotipi di attività sono stati individuati mediante disamina attenta delle procedure operative relativamente all'attività sul paziente e alle attività di supporto.

In questo modo si sono individuati 17 macrotipi prestazione che descrivono in maniera compiuta ed esaustiva tutte le attività che i vari operatori svolgono nei confronti degli utenti, e 6 macrotipi di attività di supporto.

In questa sede ci occuperemo esclusivamente delle attività prestazione, ripromettendoci di approfondire in altra occasione gli aspetti riguardanti le attività di supporto. (tab. 5)

Tab. 5: Codifica Macrotipi delle Attività Prestazione

N°	OUTPUT
MACROTIPI DELLE ATTIVITÀ PRESTAZIONE	
ST - 001	Attività telefonica
ST - 002	Relazioni
ST - 003	Altre relazioni
ST - 004	Visite domiciliari
ST - 005	Visite - colloqui
ST - 006	Riunioni sul caso
ST - 007	Vaccinazioni
ST - 008	Esami chimico - clinici
ST - 009	Somministrazione farmaci
ST - 010	Psicoterapia individuale
ST - 011	Psicoterapia familiare
ST - 012	Conduzione gruppi
ST - 013	Test
ST - 014	Attività in struttura semiresidenziale
ST - 015	Interventi socio - riabilitativi
ST - 016	Attività di prevenzione
ST - 017	Rapporti con comunità terapeutiche

Ad ogni macrotipo è stata agganciata una descrizione sintetica che permette di individuarne la natura ed è stata identificata, laddove possibile, una unità di misura per il suo conteggio (indicatore di output). (tab. 6)

Tab. 6: Descrizione sintetica Macrotipi delle Attività Prestazione e identificazione degli indicatori

CODICE	MACRO CATEGORIE DI OUTPUT	DESCRIZIONE	INDICATORE
ST - 001	Attività telefonica	Qualunque attività telefonica in entrata e in uscita esclusivamente e direttamente riguardanti il paziente (es. informazioni generali, contatti per casi specifici con medico di base, ospedaliero, operatori di altre strutture, enti ecc.), esclusa l'attività amministrativa gestionale	N di contatti
ST - 002	Relazioni	Comprende le diverse relazioni sul caso prodotte per l'esterno, le relazioni su invii, segnalazioni ed altre relazioni a fini giudiziari, le certificazioni e la produzione di tutti quegli atti rilasciati al paziente o ad altri autorizzati, per gli usi consentiti dalla legge, ed il rilascio di ricetta o impegnativa – senza visita	N di relazioni e certificazioni
ST - 003	Altre relazioni	Comprende rapporti sulle attività assistenziali della struttura per i competenti organi istituzionali, rapporti	N



		epidemiologici, rapporti per specifici progetti riguardanti l'utenza	di relazioni
ST - 004	Visite domiciliari	Riguarda le visite effettuate agli utenti presso il domicilio, ma anche presso l'ospedale, presso altre strutture esterne (come ad esempio comunità terapeutica, strutture del privato sociale, carcere, appartamenti protetti) compresa l'eventuale contestuale somministrazione di terapie.	N di visite effettuate
ST - 005	Visite - colloqui	Comprende il colloquio di accoglienza, il colloquio di counselling psicologico, sociale, la prestazione di prima valutazione diagnostica dal punto di vista medico, psicologico, sociale, infermieristico, controlli di monitoraggio. Rientra sotto questa voce anche il tempo relativo all'aggiornamento della cartella clinica per la visita/colloquio	N di visite - colloqui
ST - 006	Riunioni sul caso	Comprende gli incontri in sede e fuori sede con operatori diversi su singoli casi clinici	N di riunioni
ST - 007	Vaccinazioni	Comprende l'esecuzione diretta della vaccinazione e la programmazione ed il controllo degli esami	Numero di vaccinazioni
ST - 008	Esami chimico - clinici	Comprende l'esecuzione di prelievi ematici, microbiologici e la raccolta di campioni urinari, nonché l'attività di richiesta e di registrazione degli stessi	N di esami
ST - 009	Somministrazione e consegna farmaci	Somministrazione diretta di farmaci, consegna di terapia per il domicilio, compresa la registrazione il carico e lo scarico	N di somministrazioni/consegne
ST - 010	Psicoterapia individuale	Comprende interventi psicoterapeutici sull'individuo	N di sedute
ST - 011	Psicoterapia familiare	Comprende interventi psicoterapeutici sulla famiglia o sulla coppia	N di sedute
ST - 012	Conduzione gruppi	Comprende interventi psicoterapeutici sul gruppo, assistenza ai gruppi di auto-aiuto, conduzione (supervisione - formazione) di operatori	N di riunioni
ST - 013	Test	Comprende la somministrazione e valutazione di test, questionari ed altri strumenti valutativi atti a comprendere il singolo caso clinico	N di test somministrati
ST - 014	Attività di supporto in struttura semiresidenziale	Comprende tutte le attività informali di gestione dei pazienti all'interno di centri diurni o residenziali	N di attività eseguite
ST - 015	Interventi socio - riabilitativi	Comprende tutte quegli atti finalizzati all'approntamento di risorse specifiche per le azioni di reintegrazione sociale del paziente (attività lavorative, ricreative, contributi economici, reperimento alloggi ecc.)	N di interventi effettuati
ST - 016	Attività di prevenzione	Comprende tutti gli interventi sul territorio (presso scuole, CIC, gruppi informali, operatori di strada) comprese le attività di preparazione degli interventi preventivi	N di interventi effettuati
ST - 017	Rapporti con comunità terapeutiche	Comprende l'attività istruttoria per l'iscrizione all'albo regionale degli Enti Ausiliari ed i successivi interventi di verifica, l'attività per l'inserimento in comunità, il monitoraggio del programma del singolo paziente	N di contatti effettuati

Successivamente ogni macrotipo prestazione è stato a sua volta suddiviso in prestazioni specifiche, individuando tutte quelle che descrivevano in maniera esaustiva le attività della struttura. Questa operazione è stata realizzata con estrema cura poiché ha comportato l'analisi

approfondita dei servizi forniti e delle procedure messe in atto per la loro erogazione. Inoltre le prestazioni identificate devono descrivere il più compiutamente possibile tutte le mansioni svolte dalle varie figure professionali, al fine di registrare e successivamente dare un'idea complessiva del tipo e della quantità di lavoro svolto.

Tra le prestazioni individuate si sono poi identificate quelle comprese anche nel Nomenclatore Tariffario Regionale, agganciando ad esse il codice regionale e la tariffa corrispondenti. Quest'ultima operazione è indispensabile per potere attuare successivamente il recupero delle mobilità extra aziendale (tab. 7).

Tab. 7: Prestazioni erogate

MACROTIPI DI OUTPUT	CODICE ULSS	CODICE REGIONALE	PRESTAZIONI SPECIFICHE		TARIFFA
			PRIMARIE	SECONDARIE	
1 Attività telefonica	1.1			attività telefonica: organizzativa / di segreteria (non attività assistenziale)	
	1.2			attività telefonica: informazioni per esecuzione test HIV e informazioni specifiche di prevenzione	
	1.3			attività telefonica: counseling psicologico	
	1.4			attività telefonica: management paziente (compresi contatti con terzi per la gestione del paziente)	
2 Relazioni	2.1		relazioni scritte sul singolo caso clinico: affido ad altra struttura, avvio pratiche pensionistiche, ai fini giudiziari		
	2.2		rilascio impegnativa / ricetta / copia esami / esenzione ticket (esclusa visita)		
	2.3			attività di supporto paziente (compilazione schede esami, altre registrazioni ecc.)	
3 Altre relazioni	3.1		altre relazioni: rapporti attività assistenziali della struttura		
	3.2		altre relazioni: rapporti epidemiologici / relazioni scientifiche		
4 Visite domiciliari	4.1		visite a utenti a domicilio, casa alloggio, ospedale, com. ter., carcere, altro (esclusa attività medica)		
5 Visite e colloqui	5.1		colloqui di assistenza sociale o educativi		
	5.2	89.7	visita specialistica		18,60
	5.3	89.26	visita ginecologica		18,60
	5.4	89.7	visita dermatologica		18,60
	5.5	94.19.1	colloquio psichiatrico		19,35
	5.6	94.09	colloquio psicologico-clinico (counseling, pre-test, post-test,...)		19,35
	5.7	89.7	colloquio management paziente		18,60
	5.8			gestione del paziente (accettazione ecc.)	
	5.9		assistenza IP al medico della struttura		
	5.10		assistenza IP al consulente specialista		
	5.11		valutazione IP (assessment/triage)		
6 Incontri sul caso	6.1		riunioni sul caso (comprende		



			incontri in sede e fuori sede con operatori diversi)		
7 Vaccinazioni	7.1		vaccinazioni: esecuzione diretta		
	7.2			vaccinazioni: programmazione e controllo esami pre e post	
8 Esami chimico-clinici	8.1	91.49.2	prelievo sangue venoso		2,60
	8.2	91.49.3	prelievo microbiologico (tamp. faringe, espett. BK, prelievo unghie e prelievo squame cutanee)		2,60
	8.3	91.48.4	prelievo citologico (tampone uretrale o vaginale)		2,60
	8.4		raccolta urine per esame		
	8.5	90.78.1	intradermoreazione di Mantoux o Tine Test		3,85
	8.6	91.49.5	prelievo sangue arterioso		5,15
	8.7	89.52	ECG		11,60
	8.8	89.65.5	monitoraggio incruento saturazione arteriosa		9,29
	8.9	89.59.1	test di funzionalità del SNA (frequenza cardiaca e PA: 5 prove)		41,30
	8.10		iniezione endovenosa		
	8.11		fleboclisi		
	8.12	57.94	cateterismo vescicale		9,10
	8.13	99.29.1	iniezione perinervosa (anestesia locale per infiltrazione)		10,07
	8.14	96.59	medicazione di ferita		3,85
	8.15	86.01	incisione ascesso superficiale o circoscritto		7,75
	8.16	95.09.1	esame del fundus oculi		7,75
	8.17		iniezione intramuscolo		
9 Somministrazione farmaci	9.1		somministrazione orale di farmaci (terapia sostitutiva, antagonista, altra terapia)		
	9.2		consegna terapia orale		
10 Psicoterapia individuale	10.1	94.3	psicoterapia individuale (per seduta)		19,35
11 Psicoterapia familiare	11.1	94.42	psicoterapia di coppia o del nucleo familiare		23,25
12 Conduzione di gruppi	12.1	94.44	psicoterapia di gruppo (per seduta e per partecipante)		9,70
	12.2		conduzione gruppi: supervisione e formazione operatori / assistenza gruppi di auto-aiuto		
13 Test	13.1	94.08.3	somministrazione di test proiettivi e della personalità		7,75
	13.3	94.01.1	somministrazione di test di intelligenza		15,50
	13.2	94.01.2	somministrazione di test di deterioramento o sviluppo intellettuale MDB,MODA,WAIS,STANFORD BINET		9,70
	13.4	94.02.1	somministrazione di test della memoria		5,85
	13.5	94.02.2	test della scala di memoria di Wechsler		5,85
	13.6	94.08.6	test di valutazione del carico familiare e delle strategie di coping		5,85
	13.7		somministrazione di questionari (generico)		
14 Attività di supporto in struttura	14.1			attività di gestione informale	

semiresidenziale					
	14.2			accompagnamento utenti fuori dalla struttura	
15 Interventi socio-riabilitativi	15.1		interventi socio-riabilitativi (approntamento risorse per reintegrazione sociale, attività lavorative ecc.)		
16 Attività di prevenzione	16.1		attività di prevenzione: interventi sul territorio (scuole, CIC, parrocchie, circoscrizioni)		
	16.2		attività di prevenzione: incontri di consulenza individuale / educazione sanitaria		
	16.3		attività di prevenzione: coordinamento progetti		
	16.4		attività di prevenzione: partecipazione a manifestazioni / convegni non scientifici		
	16.5		attività di prevenzione in strada: interventi di outreach		
17 Rapporti con le comunità terapeutiche	17.1		rapporti con comunità terapeutiche: interventi di verifica / monitoraggio programmi		

Formalizzata la tipologia delle prestazioni si è proceduto alla creazione di un modulo cartaceo per la loro registrazione manuale. Tale fase è risultata necessaria per valutare la completezza dell'elenco di prestazioni individuato e la fattibilità del sistema di raccolta. La scheda è stata costruita come modello "patient linked", facendo cioè corrispondere ogni prestazione effettuata al paziente che l'aveva ricevuta. In tale scheda è stato inserito anche lo spazio per rilevare l'ULSS ed il distretto sanitario di appartenenza.

Ogni operatore giornalmente, nel momento stesso in cui effettuava una prestazione, la registrava sul modulo cartaceo, riportando il nome del paziente, il codice della prestazione corrispondente e gli altri dati previsti.

Le prestazioni raccolte venivano successivamente riversate manualmente su supporto elettronico da un operatore dedicato.

Tale fase ci ha consentito di tarare al meglio la tipologia delle prestazioni e di avere una prima indicazione della quantità e tipologia dell'attività erogata.

Fig. 16: Scheda di rilevamento delle prestazioni erogate ("patient linked")

Data:		Operatore:				
	Paziente	Comune	ULSS	Distretto	Prestazione	
					Cod. ULSS	Cod. Regionale



Successivamente, dopo la concretizzazione del protocollo di definizione standardizzata delle prestazioni ed alla conseguente fase di rodaggio si è proceduto alla realizzazione di un software per il loro computo automatico e la loro elaborazione.

Tale software è inserito in contesto di Piattaforma Multifunzionale per la gestione informatizzata del Dipartimento e a tale scopo si sono sviluppati programmi informatici ad hoc per la creazione di software per il data entry, l'archiviazione e la produzione di rapporti mensili, trimestrali ed annuali, generali e specifici per la mobilità attiva, per il computo dei carichi di lavoro e della dotazione organica sulla base delle indicazioni regionali.

Le caratteristiche principali di tale software possono essere così riassunte:

- Interfaccia utente semplice ed intuitiva, nell'inserimento giornaliero come nella generazione e visualizzazione dei report.
- Utilizzo di tabelle standard istituzionali per le codifiche delle prestazioni erogabili, comprendenti le codifiche regionali e personalizzabili a piacere dalla struttura.
- Integrazione con l'intera piattaforma mFp, con scarico automatico delle prestazioni generate mediante gli strumenti clinici e di gestione in essa contenuti.
- Output dei dati raccolti in formati cartacei (report) standard e su file ASCII documentati.

La logica del percorso che l'operatore deve attuare per l'inserimento delle prestazioni ricalca il modello adottato nella fase di progettazione e cartacea.

All'interno di mFp si segue un percorso guidato che attraverso il menù principale consente di accedere all'area gestionale ed all'inserimento delle prestazioni (fig. 17).

Per l'inserimento vero e proprio delle prestazioni l'accesso all'area è consentito mediante l'immissione di una password specifica per ogni operatore permettendo così l'inserimento giornaliero delle prestazioni erogate

Le prestazioni vengono inserite su un determinato cliente/paziente, oppure su "Paziente Generico" se sono prestazioni non specifiche ad un cliente singolo. Le maschere utilizzate per la registrazione della prestazione e per scegliere la prestazione da introdurre ricalcano fedelmente il modello cartaceo risultante dalla indagine svolta preliminarmente ed illustrato in precedenza (fig 16). L'inserimento viene effettuato scegliendo inizialmente l'ambiente di erogazione, selezionando successivamente il cliente, il tipo di accesso (programmato o urgente) ed infine il tipo di prestazione. È possibile ricercare il cliente/paziente per cognome, numero di cartella ed unità funzionale.

L'inserimento dell'attività svolta mediante l'impiego di strumenti elettronici consente di produrre report dettagliati delle prestazioni erogate relativi ad un determinato periodo preso in esame (ultimo mese-tre mesi-sei mesi-anno, oppure un range specifico da-a).

Tali report possono essere stratificati scegliendo fra i vari campi presenti in una singola prestazione erogata (operatore, cliente, ASL, regione). In questo modo si possono ottenere dati relativi al carico prestazionale relativo ad un singolo cliente, ad una categoria professionale o ad una determinata tipologia di prestazioni (fig. 17).



DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

mEn

www.dronet.org
REGIONE DEL VENETO - Ideazione e realizzazione a cura di: G. Serpelloni, C. Bettero, D. Gibbin, E. Ancona

MAIN LIST

- Gestione per processi
 - ▢ Anagrafica e movimenti clienti
 - ▢ Gestione Clinica
 - ▢ Gestione Operativa
 - ▢ Controllo di Gestione
- Cartella clinica
 - ▢ Anagrafica
 - ▢ Anamnesi
 - ▢ Diario clinico
 - ▢ Eporisi
 - ▢ Lista diagnosi
 - ▢ Esame obiettivo
 - ▢ Assessment clinico std.

Principale -> Gestione Operativa



**Gestione
Prenotazioni**



**Gestione
Prestazioni**



**Gestione
Farmacia**



Comunità



Carcere



**Segnalazioni
prefettura**



**Riunioni
Equipe**

INDIRIZZI

SERT
COMUNITA'



Inserimento prestazioni

Ambiente di erogazione

SERT

Regione

VENETO

Comune

ARCOLE

ASL

20

Distretto

1

Cliente

SAEG

N° cartella

10475

cerca...

SCEGLI LE PRESTAZIONI DA INSERIRE...

ELIMINA PRESTAZIONE

SCEGLI LE PRESTAZIONI EROGATE AL CLIENTE SELEZIONATO

P

U

1	Attività telefonica	☐	☐	5.1 colloqui di assistenza sociale
2	Relazioni sul caso	☐	☒	5.2 visita specialistica
3	Altre relazioni	☐	☐	5.3 visita ginecologica
4	Visite domiciliari	☐	☐	5.4 visita dermatologica
5	Visite e colloqui	☐	☐	5.5 colloquio psichiatrico
6	Incontri sul caso	☐	☐	5.6 colloquio psicologico-clinico (counseling, pre-test, post-test,
7	Vaccinazioni	☐	☐	5.7 colloquio management paziente
8	Esami chimico clinici	☐	☐	5.8 gestione del paziente (accettazione, ecc.)
9	Somministrazione farmaci	☐	☐	5.9 Assistenza IP al medico della struttura
10	Interventi psicoterapeutici individuali	☐	☐	5.10 Assistenza IP al consulente specialista
11	Interventi psicoterapeutici coppia - famiglia	☐	☐	5.11 valutazione IP (assessment/triage)
12	Conduzione di gruppo	☐	☐	
13	Test psicologici	☐	☐	
14	Attività in struttura semiresidenziale	☐	☐	
15	Interventi socio-riabilitativi	☐	☐	
16	Attività di prevenzione	☐	☐	
17	Rapporti con comunità terapeutiche	☐	☐	
18	Programmazione e verifica	☐	☐	
19	Direzione e coordinamento	☐	☐	
20	Riunioni, commissioni, comitati	☐	☐	
21	Attività amministrative e rapporti con media	☐	☐	
22	Attività epidemiologiche e ricerca	☐	☐	
23	Attività di formazione	☐	☐	

Salva

Esci senza salvare

[illegible]

Questo report è stampabile, ed è compatibile con il formato standard da inserire nel rapporto di fine anno della struttura.

Fig. 20: Tabella riassuntiva delle prestazioni erogate e analisi degli scostamenti

Report prestazioni trimestrale

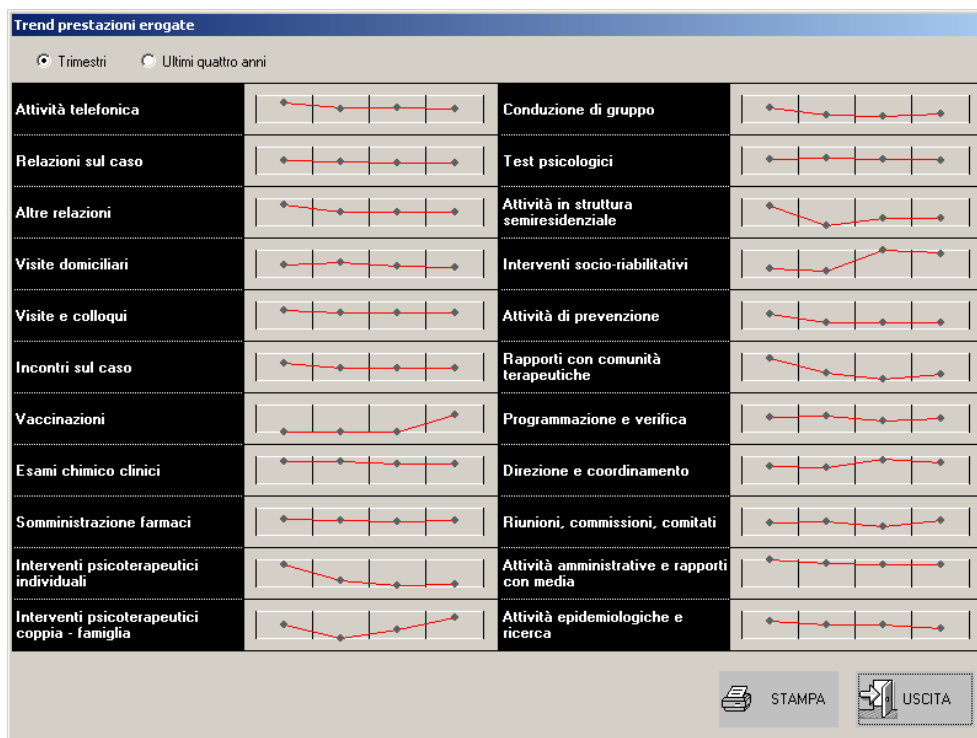
ANNO: 2001 UNITA' FUNZIONALE: TUTTE ESEGUI REPORT

Tabella riassuntiva prestazioni erogate - SSH Sert 1 VR

N.	Output	I° Trim.	Δ%	II° Trim.	Δ%	III° Trim.	Δ%	IV° Trim.	Δ%	TOTALE	Δ%
ST-001	Attività telefonica	3674	159	2615	-29	2708	4	2417	-11	11414	671
ST-002	Relazioni sul caso	10179	56	9219	-9	8047	-13	8138	1	35583	423
ST-003	Altre relazioni	310	114	200	-35	191	-5	194	2	895	513
ST-004	Visite domiciliari	93	86	109	17	77	-29	68	-12	347	580
ST-005	Visite e colloqui	2703	99	2348	-13	2368	2	2356	-1	9795	598
ST-006	Incontri sul caso	2515	59	1834	-27	1823	-1	1884	3	8056	406
ST-007	Vaccinazioni	0	-100	0	/	0	/	129	/	129	975
ST-008	Esami chimico clinici	4223	17	4102	-3	3746	-9	3764	0	15835	336
ST-009	Somministrazione farmaci	12220	-6	11024	-10	10297	-7	10545	2	44086	237
ST-010	Interventi psicoterapeutici individuali	84	83	24	-71	3	-88	6	100	117	149
ST-011	Interventi psicoterapeutici coppia - famiglia	5	400	0	-100	3	/	8	167	16	700
ST-012	Conduzione di gruppo	22	214	10	-55	8	-20	13	63	53	563
ST-013	Test psicologici	213	157	229	8	213	-7	210	-1	865	906
ST-014	Attività in struttura semiresidenziale	3	/	0	-100	1	/	1	0	5	/
ST-015	Interventi socio-riabilitativi	3	-50	2	-33	10	400	9	-10	24	243
ST-016	Attività di prevenzione	55	139	24	-56	20	-17	22	10	121	384
ST-017	Rapporti con comunità terapeutiche	85	227	25	-71	1	-96	20	1900	131	404

? i STAMPA TREND ... USCITA

Fig. 21: Analisi dei trend delle prestazioni erogate





CONCLUSIONI

La definizione dei processi e il management dell'erogazione delle prestazioni sono un punto fondamentale nelle organizzazioni sanitarie a regime ambulatoriale come i dipartimenti delle dipendenze. L'approccio di base deve tenere conto però di una sistematica e di una metodologia che permetta all'operatore di svolgere le proprie attività cliniche in maniera agevolata e contemporaneamente riesca a registrare tali attività a fini contabili e di rilevamento del volume e della densità di prestazioni erogate.

La teorizzazione qui presentata e il prototipo dell'applicativo software rispetta questa esigenza di praticità e di fattibilità, di cui non possiamo non tenere conto in ogni attività di riorganizzazione ed ottimizzazione delle procedure finalizzata al management organizzativo.

BIBLIOGRAFIA

- AAVV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
- Archibald R.D., (1992), "Managing high technology programs and projects", New York, Wiley
- Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
- Baraghini G. Il sistema qualità ISO 9000 in sanità
- Baratti G., Pagana C., Quondam P., Soranzio L., Sistema per la qualità dell'azienda per i servizi sanitari n. 2 «Isontina» Regione Friuli-Venezia Giulia. Progetto ed esperienza Mecosan 21, 1997
- Barbia Jim., Giorgi G., Benchmarking e carichi di lavoro, Mecosan 12, 1994
- Barner N., Quality Assessment for Healthcare, Quality Resources, Portland, 1995
- Berbardi G., Biazzo S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
- Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
- Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000
- Borgonovi E., (1996), Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, Milano: EGEA
- Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brimson J. A., Antos J. (1994), *Activity-Based Management for service industries, government entities, and nonprofit organizations*, New York, John Wiley.
- Brimson J.A. (1991), *Activity Accounting*, New York, J. Wiley & Sons Inc.
- Casati G. (1999). *"Il percorso del paziente, la gestione per processi in sanità"*, EGEA
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Codling S., Benchmarking, Gower Publishing Limited, Hampshire, 1998
- Davenport T.H., (1993), Process innovation, Boston: Harvard Business school press
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1994
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users, emcdda, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Grilli R., Penna A. e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Johansson H., Mchun P., BPR: riprogettazione dei processi aziendali, Il Sole 24 Ore, 1993
- Lombardi L., Il manuale delle procedure aziendali, Franco Angeli, 1999
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Ongaro E., Public Administration Process Reengineering - La reingegnerizzazione dei processi strumento per l'innovazione della Pubblica Amministrazione, Economia & Management 1998
- Rachele U., Perrone V., (1997) "Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo", Economia & Management
- Saxena KB. C., (1995), "Public Administration Re-engineering", Management Report Series, Erasmus University,

Rotterdam

Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995

Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999

Zanenga P., Amaglini (1994), *Activity Based Management*, Milano, Franco Angeli



SISTEMI PER L' ACCREDITAMENTO DELLE ORGANIZZAZIONI DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE (PUBBLICHE E DEL PRIVATO SOCIALE)

Indicazioni tecniche ed esplicative per gli operatori

Giovanni Serpelloni

Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Il presente articolo riporta le caratteristiche tecniche e i riferimenti teorici del sistema di autorizzazione al funzionamento ed accreditamento della Regione Veneto.

Il manuale è stato realizzato con la collaborazione dell'Accademia Europea di Studi e Ricerche in Medicina Preventiva e Comunitaria e con gruppi consultivi delle Organizzazioni del Privato Sociale e delle Aziende ULSS. Il testo è stato scritto in modo da poter far comprendere alle organizzazioni destinatarie, le regole, i criteri, i processi di accreditamento ma anche il modello teorico-tecnico di riferimento. A questo proposito si sono evidenziate in modo chiaro anche le matrici logiche utilizzate definendo anche un glossario utile per la standardizzazione del linguaggio. Si escludono utilizzi a fini commerciali di questo manuale o di parti di esso, da parte di enti ed organizzazioni non appartenenti al sistema regionale pubblico.

DESTINATARI DEI PROCESSI DI ACCREDITAMENTO: LA PARI DIGNITÀ

Il sistema regionale delle dipendenze è composto da unità operative della struttura pubblica e del privato sociale, con la finalità di dare una risposta unitaria ai bisogni della popolazione tossicodipendente o a rischio. Il presente articolo definisce i requisiti minimi di funzionamento e criteri di qualità validi per l'intero sistema delle dipendenze. I destinatari quindi delle autorizzazioni derivanti dal presente sistema sono sia le Comunità terapeutiche pubbliche e private, i Ser.T e gli ambulatori del privato sociale.

È inoltre previsto che venga istituito, presso la Regione, un Albo degli enti autorizzati al funzionamento ed accreditati in modo tale da poter disporre dell'elenco completo ed aggiornato

degli accreditamenti generali e specialistici.

La pari dignità si realizzerà quindi anche tramite la realizzazione di un sistema che preveda l'adeguamento a standard di qualità non solo delle comunità terapeutiche, ma contemporaneamente ed in maniera equanime anche per i Ser.T.

AMBITI DI ATTIVITÀ: PATOLOGIE E SITUAZIONI DEVIANTI DA AFFRONTARE

Il sistema delle dipendenze, attraverso la sua espressione organizzativa territoriale e cioè il Dipartimento delle Dipendenze, deve affrontare una serie di situazioni patologiche e situazioni devianti. Sulla base di questi bisogni della popolazione di riferimento le varie organizzazioni interessate devono organizzare una offerta specifica attraverso l'erogazione di prestazioni complesse con garanzia di qualità e sicurezza per il cliente. Non basta pertanto genericamente definire i destinatari degli interventi (persone a rischio di dipendenza, utilizzatori di sostanze, tossicodipendenti e alcolodipendenti ecc.) ma essendo la dipendenza da sostanze e/o da comportamenti molto spesso correlata a varie altre situazioni patologiche, occorre anche avere chiarezza su quali patologie e situazioni devianti possono essere gestite direttamente dalle organizzazioni accreditate, in base alle risorse e alle specializzazioni presenti. Le organizzazioni eroganti le prestazioni pertanto possono operare su definiti campi di azione e questo in relazione ad una serie di fattori: organizzazione e ripartizioni di attività secondo la programmazione regionale, vincoli normativi, specializzazioni interne presenti, competenze tecnico-scientifiche, risorse disponibili e vincoli di finalizzazione.

Gli ambiti di attività pertanto devono essere ben definiti in quanto le autorizzazioni riguardano l'esercizio di attività esclusivamente su tali settori.

L'ambito generale delle attività riguarda quindi le "Dipendenze Patologiche da sostanze illegali e legali", ma anche le forme di dipendenza legate a comportamenti quali: gambling, dipendenza da videogame, da internet, da sesso e da lavoro. L'accREDITAMENTO inoltre dovrebbe consentire di affrontare anche le numerose patologie e le situazioni devianti correlate alle dipendenze patologiche (in particolare malattie internistiche/infettivologiche, patologie psichiatriche, disturbi alimentari, ecc.).

Per questi aspetti è comunque necessario prevedere una forma di accREDITAMENTO differenziato e specifico sulla base della programmazione regionale esistente e delle normative generali di settore. La gestione delle patologie correlate, anche in assenza di risorse interne, deve comunque essere garantita se non direttamente, con opportune forme di collaborazione e consulenza esterna con organizzazioni specialistiche a loro volta accreditate.

Sono comunque da evitare situazioni nelle quali le organizzazioni accreditate per poter affrontare alcune patologie e situazioni, si dedichino autonomamente ad affrontare altre patologie orientando il servizio e l'organizzazione sottostante a questo.

La specializzazione, la definizione e l'attivazione di offerte accreditate dovrà essere frutto della programmazione Regionale ed Aziendale che espleteranno una lettura dei bisogni attraverso opportune e riconosciute forme di quantificazione epidemiologica dei bisogni.

Ad oggi a questo proposito vi è la necessità di regolamentare soprattutto due principali aspetti (attraverso la creazione di "accreditamenti specialistici" autorizzatori le attività dirette da parte dell'organizzazione accreditata, su specifiche situazioni patologiche): le patologie internistiche/infettivologiche e i disturbi alimentari (anoressia, bulimia, obesità psicogena). In assenza di tali "accreditamenti specialistici", l'organizzazione non potrà affrontare direttamente tali situazioni, ma dovrà comunque garantire la gestione attraverso opportuni accordi di collaborazione con altre organizzazioni specialistiche accreditate.



PREMESSE E RIFERIMENTI TEORICI

Definizioni e finalità generali dei sistemi di accreditamento

I sistemi di accreditamento devono essere considerati come sistemi per migliorare la performance assistenziale. Essi si collocano nell'ambito del Quality improvement, si distinguono due gruppi:

- A. Sistemi *interni* per il miglioramento della qualità (VQR, TQM, Continuous Quality Improvement).
- B. Sistemi di valutazione *esterna* per il miglioramento della qualità.

I sistemi "interni" per migliorare la performance delle Aziende utilizzano dei criteri interni (punti focali) che sono: focalizzazione sul cliente, forte attenzione ai processi più che alle gerarchie, coinvolgimento delle persone (operatori), enfasi sulla misurazione tramite indicatori e sistemi di misurazione costante.

I sistemi di "valutazione esterna" invece definiscono un sistema di requisiti esterni (sistema di qualità) attraverso il quale si confrontano le caratteristiche dell'organizzazione e si valuta la corrispondenza a criteri e standard predefiniti di qualità.

Nei sistemi di "valutazione esterna" si predispone un insieme di caratteristiche di qualità che consentano di comparare le caratteristiche delle organizzazioni con gli standard individuati.

- Questa operazione presuppone quindi che ci sia un "Modello di riferimento" (espresso in una serie di requisiti) che deve essere "condiviso" e riconosciuto come "di eccellenza".
- Le operazioni successive di accreditamento non sono altro che una dimostrazione di conformità ai requisiti predefiniti come "di qualità" passando attraverso la definizione del profilo di qualità attesa delle unità operative che si vogliono accreditare.
- Per fare questo e per rendere il sistema intelligibile, nel definire il sistema è necessario utilizzare: criteri, indicatori e standard.

Con il termine "criteri", si devono intendere gli enunciati che definiscono con quali vincoli e caratteristiche devono essere erogati i servizi per essere considerati di qualità. Ai criteri si associano uno o più indicatori e uno standard di riferimento

Con il termine "standard" si devono intendere i valori attesi per ogni indicatore che definiscono quantitativamente il range entro il quale la prestazione viene considerata di eccellenza.

Con il termine "indicatore" si deve intendere una variabile numerica, validamente rappresentativa della situazione che si vuole valutare che fornisce informazioni utili per il decision making.

La figura successiva riporta i quattro principali ambiti di accreditamento ricordando che gli ambiti dell'input e degli output, sono prevalentemente oggetto delle "autorizzazioni al funzionamento" mentre gli ambiti process e outcome dei sistemi di "accreditamento", che viene in questo modello considerato successivo all'autorizzazione al funzionamento, primo obbligatorio passaggio per giungere all'accREDITAMENTO.

Livelli di autorizzazione

Nella nomenclatura attuale esistono tre livelli di autorizzazione per poter operare nel Sistema Socio-Sanitario Regionale retribuiti con fondi pubblici: l'autorizzazione al funzionamento, l'accREDITAMENTO e la contrattualizzazione.

La tabella successiva spiega i concetti di base di queste tre forme, specificando anche

quale sia il livello competente.

Fig. 1: Aree da prendere in considerazione nei sistemi di accreditamento



Tab. 1: Livelli di autorizzazione

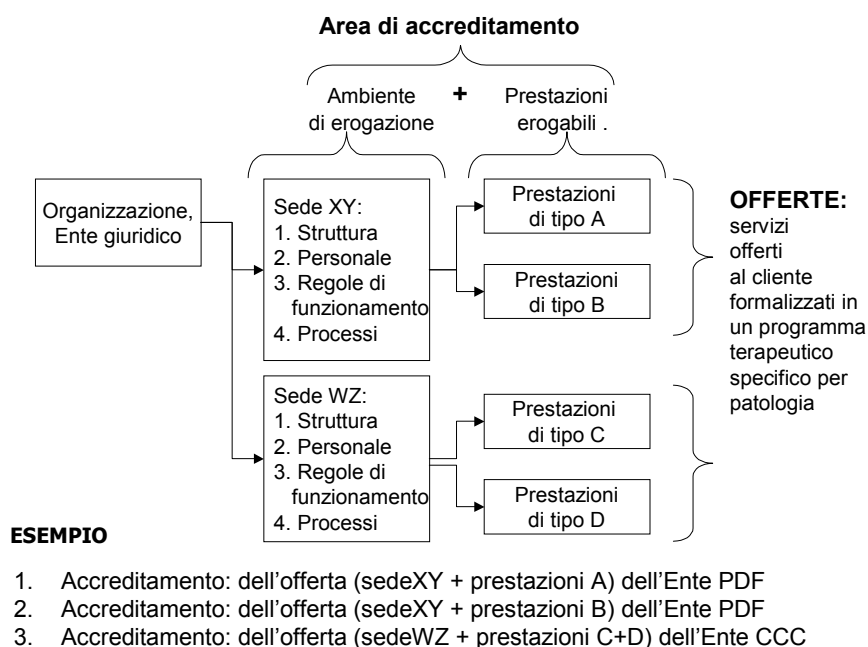
LIVELLO	DESCRIZIONE
AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO	- Primo atto formale delle istituzioni preposte per legge che autorizza al funzionamento in ambito socio-sanitario, enti con personalità giuridica che presentino caratteristiche in conformità con standard prefissati - Questo livello di autorizzazione rende possibile l'esercizio delle attività ma senza poter accedere ai finanziamenti del SSR - Livello Regionale
ACCREDITAMENTO	- Atto formale delle istituzioni preposte per legge che abilita all'esercizio delle attività e a poter essere contrattualizzati e finanziati con fondi pubblici del SSR a fronte dell'erogazione di determinati e ben identificati servizi/prestazioni - L'abilitazione è conseguente all'esistenza di servizi erogabili con criteri e standard conformi con quelli prefissati dagli enti preposti - Livello Regionale
CONTRATTO	- Atto formale delle istituzioni preposte che impegna enti con personalità giuridica (autorizzati ed accreditati) a fornire specifici e definiti servizi a fronte di una retribuzione (atto differente dalla "convenzione" che è un atto concessorio) - Livello aziendale



Oggetti di accreditamento

Al fine di non incorrere in malintesi, risulta utile chiarire quali siano gli oggetti di accreditamento. In estrema sintesi potremmo definire tali oggetti come: l'ambiente di erogazione delle prestazioni e le prestazioni erogabili. Vanno distinte concettualmente quindi "l'organizzazione/ente giuridico" e la sede operativa dove si eroga il servizio/prestazioni. L'accREDITamento infatti non può essere dato genericamente ad un Ente e per tutte le sedi operative di quell'Ente, indipendentemente dagli ambienti o per tutti gli ambienti, ma dovrà essere differenziato ed ottenuto per ogni singolo ambiente di erogazione ed in stretta relazione con le prestazioni erogate in quel determinato ambiente.

Fig. 2: Oggetti di accreditamento



Requisiti Minimi

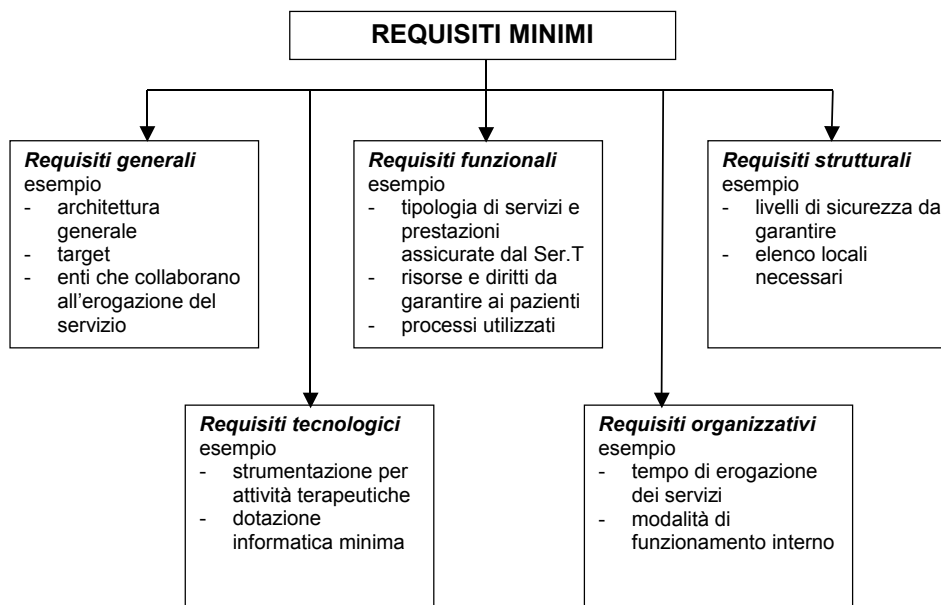
Viene riportata di seguito una figura esplicativa della nomenclatura utilizzata per la definizione dei requisiti minimi di funzionamento. Come è possibile vedere i requisiti minimi possono essere distinti in: generali, funzionali, strutturali, tecnologici ed organizzativi.

La descrizione di questi requisiti porterà alla definizione di quello che viene definito il profilo di qualità attesa dell'U.O. in questione.

Glossario e sinonimi

Al fine di uniformare il linguaggio e rendere anche più comprensibile la lettura di questo articolo abbiamo definito un glossario, completo di definizioni e sinonimi. Molto spesso infatti non si riesce a definire i sistemi di accreditamento più che altro per problemi di tipo semantico che di contenuto.

Fig. 3: Requisiti minimi



Tab. 2: Glossario dei termini più usati e sinonimi

VOCABOLO	DEFINIZIONE	SINONIMI DI USO COMUNE
Requisiti minimi (RM)	Caratteristiche di base necessarie per poter espletare una attività socio-sanitaria sulla persona	<i>Standard, prerequisiti per l'autorizzazione</i>
RM Strutturali	Caratteristiche di base degli ambienti e strutture dove si esplicano le attività	<i>Standard ambientali</i>
RM Tecnologici	Caratteristiche di base delle attrezzature e supporti tecnici necessari per l'espletamento delle attività	<i>Standard tecnici</i>
RM Funzionali	Caratteristiche di base delle modalità di funzionamento e di cessione delle prestazioni	<i>Standard di Modalità di funzionamento</i>
RM Organizzativi	Caratteristiche di base delle modalità di organizzazione interna, regole, personale e qualifiche	<i>Standard sul personale, professionalità</i>
Area di accreditamento	Insieme delle caratteristiche dell'organizzazione erogante il servizio oggetto di interesse del sistema di accreditamento	<i>Area di attività da accreditare</i>
Organizzazione da accreditare	Ente giuridico che richiede l'accREDITAMENTO di alcune offerte terapeutiche	<i>Ente, azienda</i>
Ambiente di erogazione	Sede fisica dove avviene l'erogazione del servizio (prestazione complessa) e che viene accreditata congiuntamente alla prestazione erogata. Una Organizzazione/Ente può avere più sedi che necessitano singolarmente di accREDITAMENTO.	<i>Sede operativa, Servizio, ambulatorio, Ser.T, Comunità.</i>
Personale	Operatori, definiti per qualifica e numero, necessari per assicurare il tipo di prestazioni complesse offerte	<i>Risorse umane</i>



Regole di funzionamento	Insieme di vincoli e norme interne all'organizzazione, rivolte al cliente, finalizzate all'instaurazione di un buon rapporto con il cliente stesso e necessarie per garantire un corretto funzionamento della struttura (sicurezza, rispetto dei diritti, ecc.)	<i>Regolamenti, linee guida</i>
Prestazioni erogabili	Insieme di prestazioni, formalizzate in un "programma terapeutico", costituenti il servizio offerto al cliente ed oggetto di accreditamento congiuntamente all'ambiente di erogazione.	<i>Offerta, servizio offerto, visite e colloqui, giornate di assistenza, programma terapeutico, risultato intermedio, output</i>
Cliente	Colui che esprime una domanda e sceglie un'offerta. Portatore di un bisogno.	<i>Paziente, persona tossicodipendente, cittadino, utente</i>
Unità organizzativa	Insieme di risorse umane, mezzi e processi finalizzati all'erogazione di servizi alla persona.	<i>Ser.T, comunità terapeutica, unità operativa</i>
Dipartimento delle dipendenze	Forma di organizzazione finalizzata all'allineamento e al coordinamento delle varie unità organizzative presenti nel territorio di un'ULSS al fine di garantire unitarietà, continuità ed equanimità assistenziale alle persone tossicodipendenti.	
Ser.T	Unità organizzativa specialistica pubblica per l'assistenza ai tossicodipendenti in regime ambulatoriale.	
Comunità Terapeutica	Unità organizzativa specialistica del privato sociale o pubblica per l'assistenza ai tossicodipendenti in regime residenziale o semiresidenziale.	
Esito del trattamento	Risultato finale di un trattamento, misurabile in termini di grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata partendo da una situazione iniziale, valutata a distanza di tempo dopo un trattamento. Indicatori principali sono: uso di sostanze, qualità di vita, performance psichica e sociale (grado di reinserimento), rischio di patologie correlate.	<i>Outcome, grado di risoluzione del problema,</i>

L'ARCHITETTURA DEL SISTEMA DELLE DIPENDENZE

Interventi ed ambienti di erogazione

Il sistema delle dipendenze presenta vari ambienti di erogazione di diversificate prestazioni. Ogni ambiente si connota per particolari caratteristiche strutturali e prestazioni erogate. I sistemi di accreditamento devono quindi essere orientati pragmaticamente a riconoscere e definire i vari ambienti di erogazione anche in relazione alle varie tipologie di clienti ad essi afferenti.

Gli ambienti vanno inoltre considerati all'interno di un contesto di continuità terapeutica ed assistenziale, partendo dai primi e più semplici interventi fino agli interventi più complessi e tardivi.

Le sei principali categorie individuate sono:

- interventi sul territorio;
- pronta accoglienza;
- ambulatori (Ser.T pubblici o del privato sociale accreditato);
- comunità semiresidenziale;
- comunità residenziale (Classe A, B, C);
- reparti ospedalieri per la detossificazione rapida.

Nel sistema di accreditamento devono essere presi in considerazione quindi oltre gli

interventi in ambienti strutturati anche quelli in ambienti non strutturati, quali quelli sul territorio attraverso unità mobili.

Gli interventi ambulatoriali, tipicamente eseguiti dai Ser.T, potranno essere accreditati anche per struttura del privato sociale conservando identici requisiti e coerentemente con una programmazione regionale che definisca il numero di unità operative necessarie per territorio in base ad una corretta stima dei bisogni.

Le comunità terapeutiche possono essere differenziate in tre classi in base alla specializzazione delle offerte e alle conseguenti risorse impiegate:

Tab. 3: Classificazione delle Comunità

CLASSE	PARTICOLARITÀ
Classe A:	comunità in grado di gestire una condizione di tossicodipendenza non complicata (anche in presenza di patologia psichiatrica ma compensata e gestibile) con persona che non abbisogna di management intensivo e specialistico
Classe B:	comunità in grado di gestire una condizione di tossicodipendenza (anche in presenza di patologia psichiatrica ma compensata e gestibile) con presenza di patologia psichica con bisogno di management specialistico ma non intensivo
Classe C:	comunità in grado di gestire una condizione di tossicodipendenza con patologia psichiatrica con bisogno di management specialistico ed intensivo

Risulta chiaro che ad ogni classe corrisponde una differente tariffa di retribuzione e che i criteri che devono necessariamente e contemporaneamente sussistere per l'inserimento dei pazienti sono:

1. Accettazione della cura e dell'ambiente proposto da parte del cliente.
2. Necessità di cure erogabili in ambiente residenziale (idoneità del trattamento).
3. Necessità di trattamento residenziale non specialistico e non intensivo (comunità classe A) o specialistico ma non intensivo (comunità classe B) o specialistico ed intensivo (C).

Competenze ed integrazioni

All'interno di questa logica di continuità assistenziale, risulta chiaro che potrebbero sorgere dei problemi sulle competenze specifiche dei vari organismi pubblici (Azienda ULSS e Enti Locali). Alcune attività infatti, quali ad esempio la prevenzione primaria e il reinserimento sociale e lavorativo, rientrano nelle competenze degli Enti Locali ma ad oggi vengono realizzate, nella stragrande maggioranza dei casi, dalle organizzazioni afferenti ai Dipartimenti delle ULSS. Per contro risulta difficile scindere le attività di riabilitazione da quelle di reinserimento così come molte attività di prevenzione delle tossicodipendenze non hanno un confine ben delimitato con interventi di tipo socio-sanitario (e quindi di competenza dell'Azienda ULSS).

La scelta razionale sicuramente più efficace da farsi è quella di rispettare il principio della continuità assistenziale e di ricercare fortemente politiche di integrazione tra le Aziende ULSS e Enti Locali, al fine di garantire un sistema unico e prima di tutto efficace. Non è da escludere quindi che il sistema di accreditamento debba prevedere, con il consenso delle rappresentanze degli Enti Locali, anche quelle parti di prevenzione primaria e reinserimento, al fine di garantire una qualità totale del sistema nel suo complesso.



Fig. 4: Interventi ed ambienti di erogazione

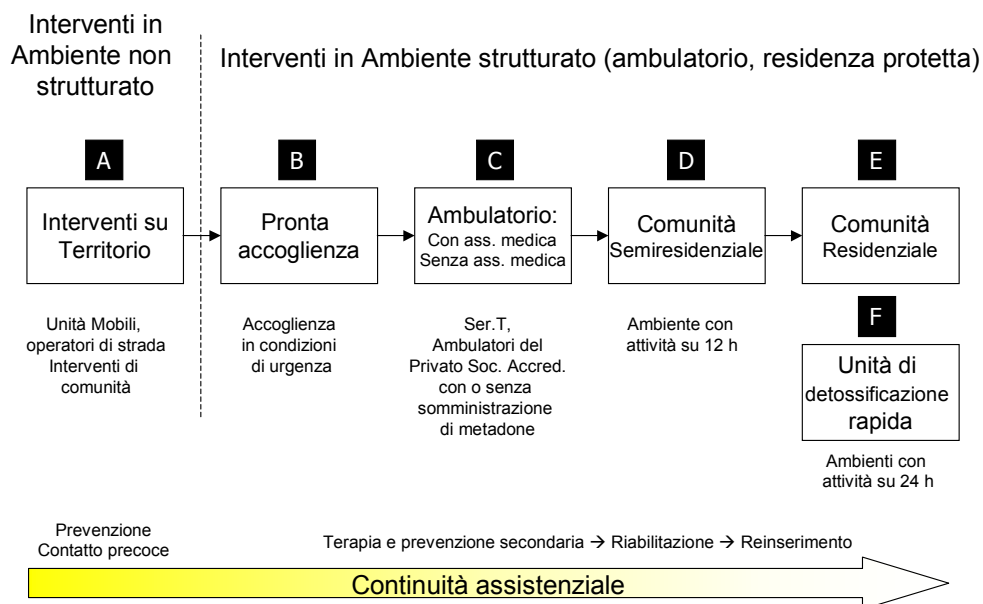
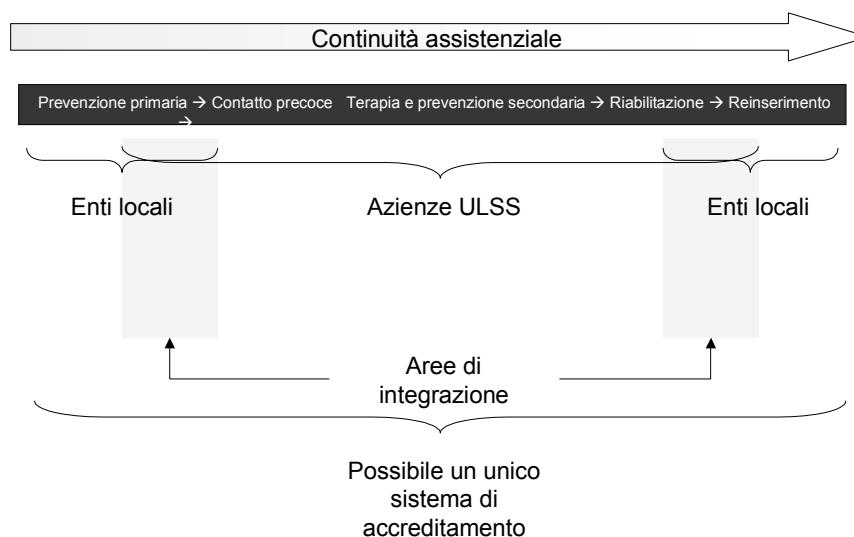


Fig. 5: Competenze ed integrazioni



Analisi delle coerenze del sistema

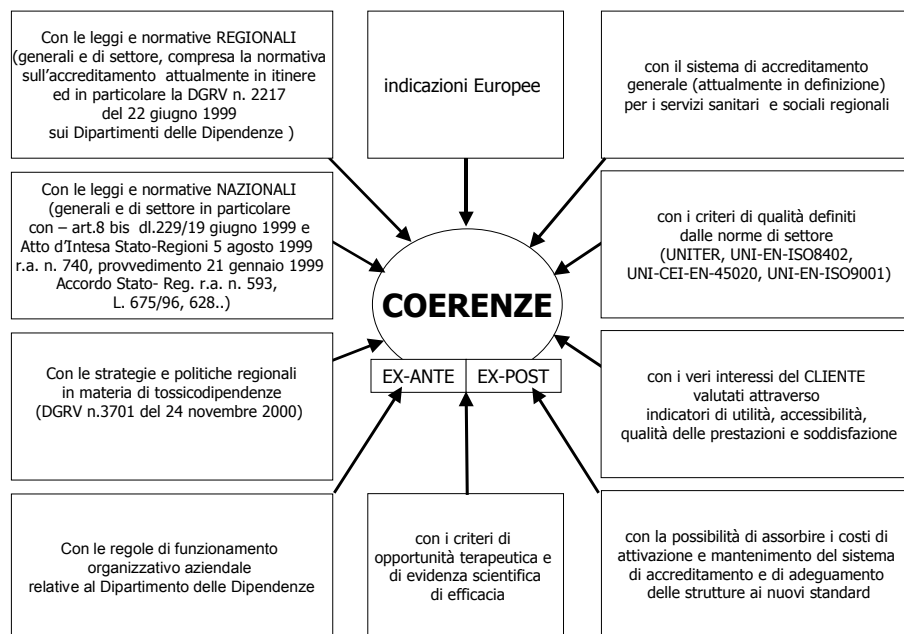
Il sistema di accreditamento dovrà inoltre essere coerente con una serie di altre condizioni, norme e regolamenti esistenti che definiscono una rete di vincoli particolarmente complessa ma di cui si deve tenere conto al fine di non creare incongruità e problemi di gestione futuri.

1. Molti sono gli aspetti che sono stati presi in considerazione e la figura successiva riporta le principali situazioni che sono state prese in considerazione per l'analisi delle coerenze al fine di rendere il sistema di accreditamento compatibile con il più ampio sistema Regionale e normativo Nazionale.
2. Le coerenze dovevano essere ricercate verso i sistemi interni, esterni e verso il cliente
3. I sistemi interni presi in considerazione sono stati: le Regole e le Normative (regionali e aziendali), l'organizzazione del sistema delle dipendenze regionale, le strategie e le politiche regionali, altri sistemi di accreditamento regionali (sanità) e le risorse esistenti.

I sistemi esterni sono stati invece le regole e normative nazionali soprattutto relative alla sicurezza ma anche agli atti di indirizzo ministeriali in materia di dipendenze.

Si sono infine considerate anche le coerenze con i diritti del cliente (riservatezza e segreto professionale, anonimato se richiesto, libera scelta del curante e del luogo di cura, informativa precoce e completa, consenso informato alle cure, ecc.).

Fig. 6: Analisi delle coerenze del sistema





MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DEL SISTEMA GENERALE DI ACCREDITAMENTO

Matrice generale di un sistema di accreditamento per le dipendenze

Per meglio comprendere la logica generale di un sistema di accreditamento per le dipendenze conviene rifarsi ad una matrice generale, che rappresenta la struttura su cui il sistema si basa anche per poter definire le modalità di retribuzione e di tariffazione delle varie prestazioni erogate. Risulta infatti indispensabile comprendere che a fianco di ogni sistema di accreditamento deve esistere un sistema di tariffazione coerente con le classi di prestazioni, per i vari ambienti, identificate nel sistema di accreditamento.

Vi è quindi la necessità di definire la tipologia degli interventi e gli ambienti di erogazione, correlarli a dei prerequisiti relativamente al tipo e alla qualità delle risorse impiegate e al servizio erogato (specificando i processi di qualità) attraverso una rappresentazione che utilizzi la nomenclatura: criteri - indicatori – standard. Successivamente andranno individuate le modalità di finanziamento fissando le modalità di computo della retribuzione (forfettaria su progetto, a tariffa per prestazione, a tariffa per giorno di assistenza, a DRG) e la quota di finanziamento previsto in base alla complessità della prestazione/servizio offerto.

Fig. 7: Matrice generale di un sistema di accreditamento per le dipendenze

Tipologie di interventi ed ambienti di erogazione		prerequisiti					Sistema di finanziamento
		Risorse (input)			Servizio erogato (offerta)		
		Personale	Tecnologia	Strutture (caratteristiche)	Processi utilizzati	Prestazioni (output)	
A	TERRITORIO	1.criteri di qualità → 2. Indicatori → 3 standard					Su progetto (obiettivi -> risultati -> costi -> tempi)
B	PRONTA ACCOGLIENZA						Tariffa 1/die
C	AMBULATORIO con ass. medica (somministrazione di farmaci)						A prestazione tariffata o a tariffa/die di carico
D	AMBULATORIO senza ass. medica						A prestazione tariffata o a tariffa/die di carico
E	COMUNITA' SEMIRESIDENZIALE						Tariffa 2/die
F	COMUNITA' RESIDENZIALE: Tipo A Tipo B Tipo C						Tariffa 3A/die Tariffa 3B/die Tariffa 3C/die
G	UNITÀ DI DETOSSIFICAZIONE RAPIDA (Ospedaliera)						DRG

Mobilità tra classi tariffali e criteri di inserimento dei soggetti in comunità

Nel sistema qui teorizzato le comunità terapeutiche residenziali possono essere classificate in tre differenti classi in base alle loro caratteristiche di base e al livello di specializzazione dell'offerta. Ad ogni classe di comunità corrisponde una tariffa specifica in base alle risorse impiegate per fornire le prestazioni a complessità (e costo) crescente. Per ogni specifica comunità è previsto l'inserimento di specifiche tipologie di persone TD con bisogni particolari (vedi categorie di management clinico). Pazienti ad alta complessità (categoria C)

possono essere inseriti in corrispondenti comunità di classe C ma non di classe inferiore per motivi di opportunità terapeutica e sicurezza. Pazienti di categoria A possono essere inseriti in comunità di classe B o C ma a tariffa A.

La figura successiva riporta un esempio di quanto qui definito.

Fig. 8: Relazioni tra classi di comunità, tariffe corrispondenti e tipologia del cliente

Classi di comunità residenziali	TARIFFA (Esempio)	INSERIMENTO delle persone TD in Comunità (coerenza tra classe di comunità e tipo di TD)	TIPOLOGIA DI CLIENTE - BISOGNO (categorie di management del soggetto)
A	50	SI	A
B	100	Si ma con tariffa A NO	B
C	150	SI	C

Categorie di management della persona TD in comunità

Ogni persona tossicodipendente che necessiti di inserimento in comunità terapeutica dovrà essere inquadrata, in base alle condizioni e ai bisogni terapeutici conseguenti in tre classi di management clinico. Ad ogni classe corrisponderà una offerta ottimale che sarà coerente con le tre diverse classi di Comunità terapeutiche. Le categorie di management clinico dei pazienti sono così definite:

- Categoria A: TD non complicata (anche in presenza di patologia Psichiatrica ma compensata e gestibile) con persona che non abbisogna di management intensivo e specialistico.
- Categoria B: TD (anche in presenza di patologia Psichiatrica ma compensata e gestibile) con presenza di patologia psichica con bisogno di management specialistico ma non intensivo.
- Categoria C: TD con patologia Psichiatrica con bisogno di management specialistico ed intensivo.

La possibile modificabilità della classe nel tempo per la variazione delle condizioni cliniche dovrà coerentemente essere seguita da una variazione della tariffa con adeguamento alla



classe corrispondente. Al fine di garantire la continuità terapeutica e la stabilità ambientale alla persona TD nella quale insorgessero gravi problemi psichiatrici, la comunità terapeutica dovrà assicurare una gestione esterna del caso con organizzazioni accreditate o trasferire il caso in ambiente idoneo ed accreditato a tale scopo.

Il processo di classificazione nelle categorie di management della persona TD da inserire in comunità residenziale può seguire il seguente schema: Valutazione diagnostica da parte del Ser.T della persona da inserire in Comunità Terapeutica (prima valutazione di idoneità).

2. Inquadramento in una categoria di management clinico sulla base dei criteri precedenti (labelling).
3. Identificazione della Comunità Ter. Residenziale corrispondente alla categoria di management clinico.
4. Richiesta di inserimento.
5. Rivalutazione congiunta (seconda valutazione).
6. Inserimento e monitoraggio.

Va chiarito che il "caso", nel momento in cui entra in comunità terapeutica è sotto la diretta responsabilità di tale organizzazione che lo gestisce in autonomia tecnico-funzionale e il Ser.T inviante potrà collaborare al programma terapeutico sulla base delle situazioni cliniche emergenti, della richiesta del cliente e/o della Comunità stessa. Il Ser.T ha il compito di monitorare il buon andamento del programma terapeutico, l'erogazione delle prestazioni e di curare le procedure per la corretta contabilizzazione e pagamento delle prestazioni erogate dalle Comunità.

CONCLUSIONI

I sistemi di accreditamento possono essere una grande occasione per il sistema delle dipendenze per aumentare la qualità degli interventi e delle strutture assistenziali. L'applicazione di questi sistemi a tutte le strutture (pubbliche e del privato sociale accreditato) porterà inoltre ad introdurre un concetto di "equità" che soprattutto garantisce il cliente che ha bisogno di una risposta unitaria e di qualità da tutti gli ambienti deputati alla cura. La complessità di costruire un sistema di accreditamento non sta solo nel definire criteri ed indicatori, ma anche di creare le basi culturali e tecniche, di armonizzare e coordinare le varie parti ed organizzazioni in modo che nel momento dell'attivazione del sistema le strutture esistenti possano essere messe nella condizione di adeguare i loro standard a quelli richiesti.

Infine è da ricordare che nessun sistema di accreditamento può essere attivato senza prima aver eseguito una simulazione sull'impatto in termini di costi generati per gli adeguamenti ai nuovi standard delle strutture già in attività e dei problemi organizzativi generali per il controllo nel tempo della persistenza dei criteri di qualità. La simulazione si rende necessaria anche per valutare quante strutture, sul totale delle esistenti, rientrano nella matrice di accreditamento definita anche al fine di stabilire i tempi di adeguamento da richiedere alle strutture.

Esempi di alcuni criteri dei PROCESSI per la comunità residenziale o semiresidenziale

N	CRITERI	
1	Processo di accoglienza (valutazione iniziale prima dell'inserimento residenziale o semiresidenziale)	Indicatori e STD
	Presenza di autorizzazione all'inserimento (generazione della spesa) Non selettività e non discriminazione sulla base di orientamenti sessuali, etnia, politica, religione Assicurare una accessibilità per il cliente di minimo 5 gg. la settimana per non meno di cinque ore al giorno Tempi di espletamento della valutazione iniziale e dell'inserimento dal momento della domanda (diretta del cliente o tramite Ser.T), per attività d'accoglienza programmata, minore di 60 gg salvo giustificati motivi di ritardo dovuti a situazioni cliniche del cliente o saturazione dei posti letto Tempi di attesa ridotti minore di 2 gg. dal momento della domanda del cliente (per attività di pronta accoglienza) Esistenza di un referente specifico per l'accoglienza facilmente identificabile dal cliente Presenza di una carta dei servizi offerti, facilmente accessibile e comprensibile dal cliente Ricerca attiva da parte degli operatori del consenso informato al trattamento (consenso realmente condiviso e liberamente formato) Supporto alla famiglia (qualora possibile) Presenza di un regolamento scritto, comprensibile (adatto alle capacità di comprensione del cliente), accettato e sottoscritto e consegnato in copia al cliente in ammissione, sulle regole di comportamento in comunità, coerente con gli obiettivi terapeutici ed educativi dichiarati dalla comunità nei processi terapeutico-riabilitativi	

N	CRITERI	
2	Processo di valutazione diagnostica*:	Indicatori e STD
	<i>di primo livello (di valutazione iniziale/fattibilità degli interventi)</i> Valutazione formale dei bisogni espressi dal cliente Valutazione multidimensionale (aspetti medici, tossicologici, psicologici, sociali, legali) Valutazione formale della motivazione al trattamento e della compatibilità del progetto terapeutico Ammissione/esclusione dal trattamento su criteri espliciti e trasparenti formalizzati nella cartella individuale <i>di secondo livello post accoglienza</i> anche attraverso strumenti standard secondo le indicazioni Regionali Definizione formale di Progetto Terapeutico Individualizzato (obiettivi, tempi, metodologia) come risultato dell'assessment (valutazione) iniziale Valutazione della famiglia e dell'ambiente <i>*anche in collaborazione con strutture specifiche esterne</i>	

Note esplicative:

1. *caratteristiche e criteri per la definizione del PROGETTO TERAPEUTICO INDIVIDUALIZZATO: (da definire)*



N	CRITERI	
3	Processo terapeutico <i>(ambito sanitario, ambito psicoterapico, ambito psico-pedagogico)</i>	Indicatori e STD
	ATTIVITÀ IN AMBITO DI "DEGENZA ORDINARIA O DIURNA" <i>Classe A → tariffa 1</i> Contemporanea presenza di: a) Gestione dell'attività educativa orientata alla vita comunitaria ed all'attività occupazionale orientata anche al reinserimento sociolavorativo. b) Gestione degli aspetti medici (condizioni di base e specialistiche* es. malattie diffuse). <i>Classe B → tariffa 2</i> Contemporanea presenza di: a) Gestione dell'attività educativa orientata alla vita comunitaria ed all'attività lavorativa. b) Gestione degli aspetti medici (condizioni di base e specialistiche* es. malattie diffuse). c) Gestione specialistica psicologica con personale abilitato. <i>Classe C → tariffa 3</i> Contemporanea presenza di: a) Gestione dell'attività educativa orientata alla vita comunitaria ed all'attività lavorativa. b) Gestione specialistica della psicoterapia con personale abilitato. c) Gestione degli aspetti medici (condizioni di base e specialistiche* es. malattie diffuse). d) Gestione specialistica delle problematiche psicopatologiche con personale abilitato. e) Gestione attività terapeutiche-riabilitative di preinserimento socio lavorativo (anche in collaborazione con enti esterni) con specifiche risorse dedicate. f) Possibilità di gestione specialistica della comorbidità psichiatrica (anche con trattamento farmacologico) che traggono vantaggio dal trattamento residenziale con personale abilitato. ATTIVITÀ IN AMBITO AMBULATORIALE (attività specialistica accreditata) a) Visite specialistiche psichiatriche con personale abilitato. b) Psicoterapia individuale con personale abilitato. c) Psicoterapia di gruppo o familiari con personale abilitato. d) Colloqui individuali di supporto e di auto aiuto. e) Terapie farmacologiche.	

Note esplicative:

- * anche in collaborazione con medici di medicina generale e strutture specialistiche.
- MOLTO IMPORTANTE:** Ad ogni classe di comunità terapeutica (in regime di degenza) corrisponderà un profilo delle caratteristiche dell'utenza che sarà possibile trattare in modo da assicurare che per ogni classe di comunità vengano trattati i pazienti esclusivamente eleggibili per quella classe di comunità. Le comunità con classe di accreditamento tipo C potranno quindi inserire: 1. pazienti eleggibili C a tariffa C; 2. pazienti di classi inferiori a tariffa ridotta corrispondente alla categoria del paziente.
- necessità di definire: dell'attività educativa orientata alla vita comunitaria ed all'attività occupazionale, attività psicologiche, attività terapeutiche-riabilitative di preinserimento socio lavorativo (anche in collaborazione con enti esterni) con specifiche risorse dedicate (formazione, addestramento, sostegno, autonomizzazione...), comorbidità psichiatrica (trattamento farmacologico).
- trattamento "alberghiero" uguale per tutte le classi di comunità, varia la quantità e la tipologia delle prestazioni erogate.

N.	CRITERI	
4	Processo di dimissione	Indicatori e STD
	Presenza di un sistema formale per la registrazione delle dimissioni dei clienti e la trasmissione dell'avvenuta dimissione al Dipartimento delle Dipendenze (Ser.T) Preparazione delle dimissioni con specifici programmi di reinserimento	

N	CRITERI
5	<i>Processi finalizzati all'informazione dei clienti e alla soddisfazione dei debiti informativi con le amministrazioni pubbliche</i>
	Assicurare informazioni al cliente, (da definire nelle modalità e nei tempi) relativamente a: • caratteristiche dei trattamenti (vincoli, obblighi, effetti positivi attesi, eventuali rischi....) • modalità di comportamento richiesto • risultati della valutazione iniziale ed eventuali motivi di esclusione dai trattamenti • risultati delle valutazioni intermedie • diritti di riservatezza, sui diritti inalienabili dell'individuo e sulla libera scelta del luogo di cura e del terapeuta Debiti informativi con le pubbliche amministrazioni: • attività di reporting periodica (da definire formati minimi STD, tempi...) su tipologia (PMC) dell'utenza, volume delle prestazioni erogate, risultati (esiti interni) raggiunti, costi generati • assicurare una diffusione a strutture aziendali e regionali.

N	CRITERI
6	<i>Altri criteri generali riguardanti i processi</i>
	a) Presenza di tutti i requisiti previsti per la tutela della privacy b) Sistemi adatti per garantire il mantenimento della documentazione clinica personale (anamnestica, diagnostica, degli interventi e trattamenti eseguiti in ambito medico, psicologico, pedagogico e riabilitativo) in formato cartaceo e/o elettronico c) Sistemi e procedure adatte a soddisfare dei debiti informativi (nei tempi e nei modi prefissati) con il Dipartimento delle Dipendenze e con la Regione Veneto d) Adesione al network Dronet con l'aggiornamento della disponibilità posti CT perlomeno con cadenza settimanale



BIBLIOGRAFIA

- Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Veneto, Le politiche regionali per una società libera dalle droghe, Ediz. La Grafica, Novembre 2000
- Borgonovi E., Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, EGEA 1996
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997
- Di Stanislao F., Liva C., Accreditamento dei servizi sanitari in Italia, Centro Scientifico Editore, 1998
- Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G., Torrance G., Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 2000
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users, emcdda, dicembre 2000
- Grilli R., Penna A. e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Montironi M., Genova M., Riorganizzare i servizi pubblici, Sviluppo & Organizzazione, n.167, 1998
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999



QUALITY MANAGEMENT E STRUMENTI DI PROBLEM ANALYSIS PER LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Elisabetta Simeoni ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

“Dio ci ha fatto a sua immagine e somiglianza. Se si guarda ciò che succede intorno a noi si potrebbe a volte dubitarne. Ma credo profondamente che Egli ci abbia concepiti con la speranza che, un giorno, per l'esperienza vissuta, ci avvicineremo a lui e che, imparando ogni giorno dai nostri errori, riusciremo a diventare migliori”

Alain – Michel Chauvel, Paris 1992

INTRODUZIONE

Analizzare i problemi in modo che essi possano essere compiutamente ma anche tempestivamente compresi, risulta particolarmente importante per il management sia da un punto di vista clinico che gestionale. Imparare dai propri errori è sicuramente la base per sviluppare organizzazioni migliori e di qualità, ma prima di tutto è necessario riuscire e percepire e comprendere i propri errori, i problemi che essi generano, le cause che realmente li sostengono e le possibili soluzioni da attuare.

La “governance” risulta tanto più efficace ed opportuna quanto basata su una analisi della realtà che utilizza strumenti in grado di cogliere e sintetizzare i problemi, permettendo una riduzione della complessità e contemporaneamente una focalizzazione della nostra attenzione sulle cose che effettivamente sono in grado di condizionare il sistema se non opportunamente affrontate.

Molto spesso gli operatori avvertono “sintomi” negativi dell'organizzazione, percepiti come disservizi, freni, ritardi, lamentele, perdite di vario tipo ecc., ma a volte risulta difficile definire precisamente un problema sia nelle sue caratteristiche che nelle sue dimensioni. La comprensione esatta del problema e l'analisi delle sue dimensioni sono il preambolo vincolante e necessario per porre le basi per poter arrivare all'identificazione delle possibili soluzioni. Si possono attuare molti metodi tra i quali il più usato è sicuramente quello istintuale a “reazione puntuale” che risponde al problema con una analisi semplice e molto focalizzata, definendo quindi una terapia “sintomatica” che difficilmente arriva a risolvere veramente il problema. Questa modalità è fortemente influenzata dall'emozionalità e dalla distorsione dell'interpretazione della realtà che ne deriva. Altri approcci utilizzano invece dei sistemi più strutturati e logici che puntano soprattutto a definire prima di tutto le caratteristiche del problema, le sue dimensioni e

le sue molteplici cause. Tutto questo utilizzando più punti di vista ma soprattutto strumenti quantitativi in grado di poter ben “rappresentare” la realtà. La rappresentazione grafica e concettuale del problema, dei fattori determinanti, delle loro relazioni, degli effetti quantificati e delle variazioni post-intervento, è di fondamentale importanza nel lavoro in team, dove la condivisione dell’analisi e delle soluzioni proposte diventa vitale per poter operare, far funzionare e migliorare l’organizzazione. Gli strumenti che permettono tali rappresentazioni, migliorano l’intelligibilità, la comunicazione tra i componenti del team, la possibilità di allineare gli intenti e le attività controllandole nei risultati e quindi la possibilità di adottare soluzioni di successo.

FASI PER IL PROBLEM SOLVING

La soluzione di un problema è un percorso logico che si compone di alcune fasi principali (A.M.Chauvel 1993, U.Santucci 2001) che partono dall’acquisizione della consapevolezza del problema percepito quindi come deviazione dalla “norma”, per passare ad una migliore definizione di quale siano i confini, le dimensioni e le caratteristiche del problema, ad una analisi più dettagliata e “scompositiva” della complessità sino all’identificazione delle cause ed alla presa di decisione passando quindi all’azione.

La modalità di discussione e di analisi all’interno del team è di fondamentale importanza nel condizionare il risultato e la rappresentazione del problema e quindi la decisione finale per la sua soluzione.

La situazione più frequente che si presenta da dover affrontare è un “insieme” di problemi percepiti in differente misura da quanti partecipano al gruppo di lavoro. In questo caso, i componenti del team dovranno mettersi d’accordo su quale problema dovrà essere affrontato ed analizzato per primo se si vogliono ottenere risultati positivi in un lavoro di gruppo.

Per poter arrivare ad una situazione veramente operativa la prima cosa da fare è decidere se si vuole affrontare un solo problema o tutti i problemi. Nel primo caso il percorso non risulta difficile mentre nel secondo vi è la necessità che il gruppo definisca una mappa generale dei problemi e ne scelga uno per la discussione in base alla priorità ed importanza.

La scelta dovrà avvenire permettendo a tutti di esprimere la loro opinione su quali siano i vari problemi e il loro grado di importanza. Tutto questo andrà formalizzato in schemi e tabelle riassuntive a disposizione di tutti i partecipanti in modo da creare un allineamento delle conoscenze e degli intenti sulla base delle priorità decise.

Vi è quindi la necessità di identificare “tutti i problemi che preoccupano” i componenti del team di lavoro. Tale passaggio è molto importante perché permette ad ognuno di esplicitare, liberamente i problemi che lo preoccupano e di farli conoscere agli altri. È una forma di comunicazione tra pari che bisogna valorizzare sia per creare un buon clima operativo, sia per poter disporre di tutti i punti di vista, accrescendo così la potenza dell’analisi.



Fig. 1: Componenti del processo di problem solving

- 1 PROBLEM FINDING:** rendersi conto del fenomeno e percepirlo come "deviante dalla norma" e fonte di disagio
- 2 PROBLEM SETTING:** definire il problema precisamente, focalizzare (caratteristiche, oggetto, dimensioni ecc.)
- 3 PROBLEM ANALYSIS:** scomporre il problema principale in problemi secondari attraverso un algoritmo ad albero o altri strumenti di scomposizione e raggruppamento logico. Raccogliere i dati di riferimento e comprendere i fattori rilevanti
- 4 PROBLEM SOLVING:** identificare soluzioni per eliminare le cause e rispondere alle domande poste dal problema, analizzando varie soluzioni alternative
- 5 DECISION MAKING:** prendere decisioni relativamente alle azioni da intraprendere in base alle risultanze delle fasi precedenti
- 6 DECISION TAKING:** passare all'azione monitorando il risultato ottenuto relativamente dell'atteso

GLI STRUMENTI PRINCIPALI

In questo capitolo verranno analizzate gli strumenti di uso più comune e l'attenzione verrà focalizzata su alcuni strumenti che potrebbero costituire valido supporto sia nella gestione di progetti in ambito sanitario sia per sostenere il miglioramento continuo di qualità. Gli strumenti possono essere utilizzati in varie fasi del processo di problem solving

La tabella di seguito riportata (Luoidice 1998, modificata) elenca queste *utility* e ne evidenzia il loro utilizzo.

Foglio di raccolta dati

Il foglio raccolta dati è uno strumento indispensabile per raccogliere i dati da elaborare e poter eseguire una analisi delle cause reali di un problema. Il foglio può essere utilizzato anche per la raccolta delle informazioni necessarie a misurare l'efficacia della soluzione messa in opera.

Lo scopo di questo strumento è di semplificare la raccolta delle informazioni e consentire l'immediata aggregazione dei dati, rendendoli pronti per successive elaborazioni. Esso è diverso a seconda degli obiettivi e delle finalità di utilizzo. Il foglio di raccolta dati è una tabella sulla quale vengono segnati dati qualitativi e/o quantitativi.

Tab. 1: Tabella delle utilità di Luoidece

UTILITY	TIPO	SPECIFICHE
Diagramma a frecce	Strumento	Per ordinare in modo sequenziale le varie attività.
PDCA-PDSA	Metodologia	Per guidare le diverse fasi degli interventi di miglioramento.
Flow-chart	Strumento	Per rappresentare lo svolgimento attuale o ideale di un processo.
Brainstorming	Strumento	Per generare una molteplicità di idee.
Diagramma delle affinità	Strumento	Per generare una molteplicità di idee o aspetti in categorie.
Multivoto	Strumento	Per restringere una molteplicità di idee a quelle più importanti.
Diagramma causa-effetto	Strumento	Per metter in relazione determinati risultati o effetti a eventi o azioni organizzate in modo gerarchico o per categorie.
Foglio raccolta dati	Strumento	Per discutere su dati oggettivi, non su sensazioni, riguardo alla presenza di particolari condizioni o al manifestarsi di particolari eventi.
Campionamento	Tecnica	Permette di selezionare un sottoinsieme di eventi omogeneo dal totale degli stessi.
Istogramma	Strumento	Per osservare la distribuzione dei dati all'interno di un range di valori.
Diagramma di Pareto	Strumento	Grafico per valutare la frequenza cumulativa di determinati eventi o cause in relazione al prodursi di un particolare effetto.
Grafici di andamento	Strumento	Per identificare l'andamento di un processo nel tempo.
Analisi per stratificazione	Metodologie	Per leggere il fenomeno alla luce di una caratteristica.
Diagrammi di correlazione	Strumento	Grafico per visualizzare la correlazione tra due variabili.
Grafici di controllo	Strumento	Per identificare l'andamento di un processo valutando nel contempo la sua variabilità da un punto di vista statistico.
Diagramma delle relazioni	Strumento	Per analizzare fenomeni complessi.
Diagramma ad albero	Strumento	Per scomporre progetti o processi.
Diagramma a matrice	Strumento	Per incrociare gruppi di fattori.
Griglie di selezione	Strumento	Per selezionare tra diverse opzioni tra le diverse possibili.
Matrice per le decisioni	Tecnica	Per definire ruoli e responsabili.
Diagramma PDPC	Tecnica	Per analizzare le diverse alternative-strategie di progetto.
Task-list	Strumento	Per verificare lo svolgimento delle attività previste e quale base per l'elaborazione di piani di azioni.
Foglio di bordo	Tecnica	Per mantenere la rotta e comunicarla.
Hosting planning	Metodologia	Per identificare e ottenere obiettivi strategici a lungo termine.

(Michele Lojudice 1998, A.M.Chauvel 1993)

**Tab. 2: Procedimento di raccolta dati**

N	FASE
1	Stabilire il fenomeno da studiare
2	Individuare le caratteristiche significative del fenomeno
3	Identificare i dati da raccogliere
4	Scegliere la dimensione del campione
5	Registrare sul foglio raccolta dati i risultati dell'osservazione

La struttura del foglio deve essere finalizzata alla facilitazione ed economicità di lettura ed elaborazione dei dati raccolti.

Solitamente i dati inseriti nel foglio di raccolta possono essere:

- *dati quantitativi continui* (dati di misura) come ad esempio: peso, lunghezza, ecc.;
- *dati quantitativi discreti* (dati numerabili) come ad esempio: il numero dei difetti;
- *dati qualitativi*, espressi come giudizi (buono, mediocre, ecc.) attraverso punteggi assegnati su scale determinate.

I principali punti su cui focalizzare l'attenzione sono:

- lo scopo della raccolta dei dati che necessariamente deve essere chiaro e ben definito;
- il metodo di raccolta dei dati, che deve essere il più possibile a prova di errori e permetterne la raccolta completa;
- la forma di registrazione dei dati che deve permettere un'agevole aggregazione e disaggregazione secondo gli obiettivi della raccolta.

La raccolta dati costituisce la base del sistema informativo quindi deve essere fatta in modo accurato sensibilizzando il personale addetto.

L'istogramma

L'istogramma è uno strumento che mostra le variazioni dell'insieme di dati rilevati cioè è una rappresentazione grafica per visualizzare valori raggruppati in classi, dal punto di vista dell'informazione statistica per caratteristiche di tipo quantitativo. L'istogramma è molto simile ad un diagramma a barre con la differenza che nel caso dell'istogramma, è l'area di ogni barra a corrispondere alla relativa frequenza di classe e non l'altezza come invece avviene nel diagramma a barre.

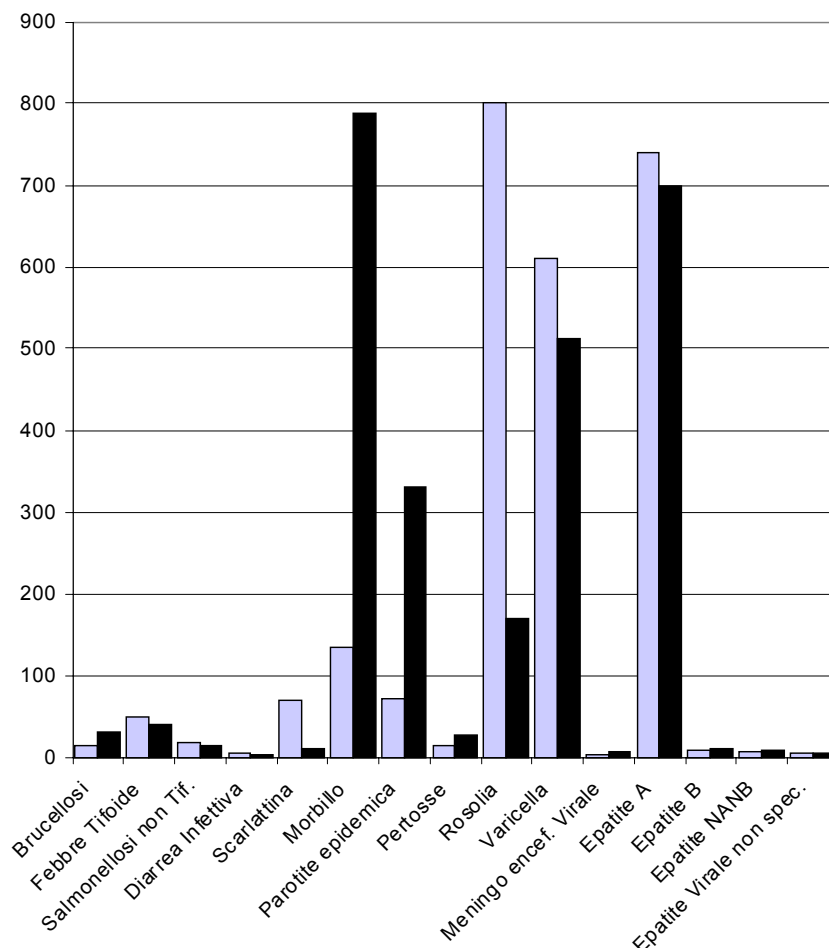
Nell'istogramma solitamente sull'asse delle ascisse sono rappresentati i singoli valori di una variabile o le classi di valori di una variabile (per es. per l'età 15-24, 25-34, ecc.) e sull'asse delle ordinate sono rappresentate le frequenze: per ogni valore dell'ascissa è fatto corrispondere un rettangolo di base proporzionale all'ampiezza della classe e di altezza proporzionale alla sua frequenza. Se i rettangoli sono accostati si parla di istogramma se sono separati si parla di diagramma a barre (Morosini, Perraro 1999).

Fig. 2: La raccolta dati

		CONDIZIONI			
		POSITIVE	NEGATIVE		
Fattori individuali					
	MOTIVAZIONE INTERNA	0	1	2	3
	STADIO CAMBIAMENTO	0	1	2	3
	SELF EFFICACY	0	1	2	3
	FRATTURA INTERIORE	0	1	2	3
	ANALISI DELLA REALTA'	0	1	2	3
	GRADO DI ISTRUZIONE	0	1	2	3
	PROFESSIONALITA'	0	1	2	3
	CONDIZIONI FISICHE	0	1	2	3
	CONDIZIONI PSICHICHE	0	1	2	3
	PAT. PSICHIATRICA	0	1	2	3
Fattori familiari					
	PADRE	0	1	2	3
	MADRE	0	1	2	3
	FRATELLI/SORELLE+C5	0	1	2	3
		0	1	2	3
		0	1	2	3
		0	1	2	3
		0	1	2	3
Fattori sociali					
	LAVORO	0	1	2	3
	CAPACITA' LAVORATIVA	0	1	2	3
	PROBLEMI LEGALI	0	1	2	3
	RETE SOCIALE POSITIVA	0	1	2	3
	CONDIZIONE ABITATIVA	0	1	2	3
	INSERIMENTO IN RETE CRIMINALE	0	1	2	3
	PROSTITUZIONE	0	1	2	3
Valutazione globale dell'operatore		0	1	2	3



Fig. 3: Esempio di istogramma di notifica di malattie infettive



Il Ciclo Plan Do Check Act

Questa metodologia ideata da Walter A. Shewhart del Bell Laboratories prima della seconda guerra mondiale, venne adottata dalle aziende giapponesi dopo la seconda guerra mondiale. Essa serve per guidare le diverse fasi degli interventi di miglioramento di qualità. Il ciclo PDCA consiste nello: pianificare, fare, controllare e agire

Plan

La prima fase è la fase di pianificazione nella quale viene studiato il processo raccogliendone le informazioni necessarie e valutandone i risultati. (Cammelli 1999). In questa fase viene studiata la situazione attuale, vengono individuati i problemi, raccolti tutti i dati necessari, e definiti gli obiettivi per la formulazione del piano di miglioramento

Do

La seconda fase, è la fase in cui vengono messe in atto le azioni studiate, vengono effettuate delle prove (per es. test) applicando il piano di miglioramento

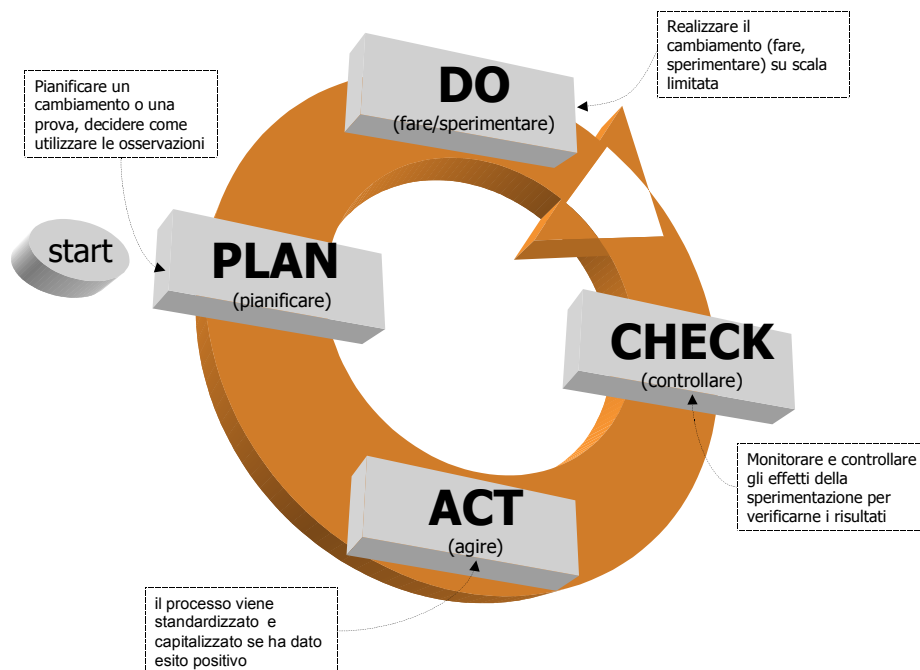
Check

La terza fase è la fase di monitoraggio, di verifica delle azioni messe in atto. In questa fase vengono osservati e misurati gli effetti delle modifiche introdotte dal piano di miglioramento, verificando se si è ottenuto un miglioramento continuativo nel tempo

Act

L'ultima fase (Act) è la fase di azione. Il processo viene standardizzato e capitalizzato se ha dato esito positivo. Viene ripetuto con un nuovo piano se ha dato esito negativo.

Fig. 4: Il Ciclo Plan Do Check Act



Il flow-chart (o diagramma di flusso)

Il flow-chart è uno strumento grafico che ha come suo ambito principale la scomposizione del processo in una serie di fasi. L'uso del flow-chart si è sviluppato nell'ambiente informatico sin dagli anni '50 per poi diffondersi in tutti gli altri campi che prevedevano la gestione di processi e progetti. Tale strumento aiuta a comprendere lo sviluppo del processo. La scomposizione in fasi del processo può essere utile per identificare le cause di un particolare problema e trovarne le soluzioni. Il flow chart può avere una struttura ad albero o a rete, oppure combinare le due strutture. Esso si compone di simboli (solitamente figure geometriche) e linee. Nella stesura del diagramma di flusso devono essere osservate inoltre alcune regole:

1. L'ordine di lettura del diagramma è dall'alto verso il basso e da sinistra verso destra, quando non specificato diversamente.
2. Per migliorare la chiarezza del diagramma possono essere aggiunte delle frecce ad

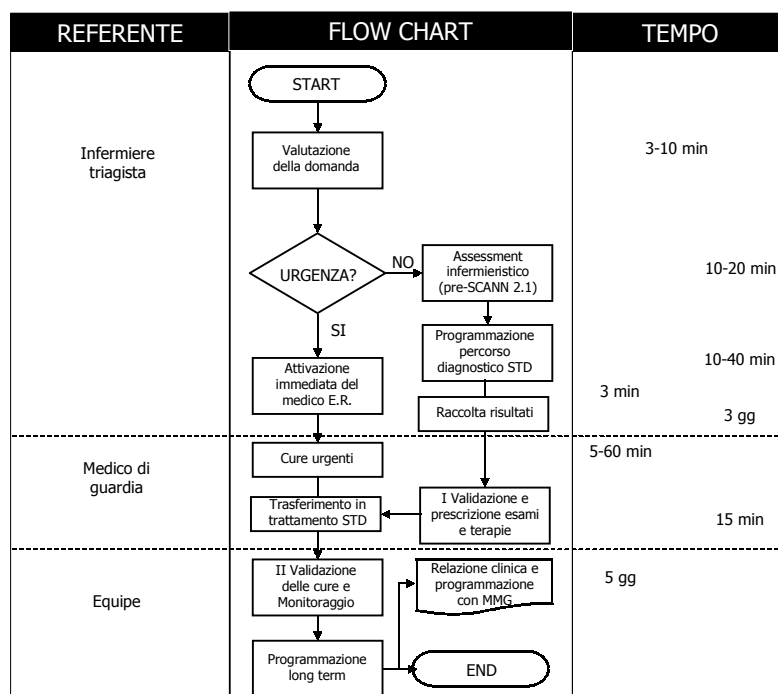


- indicare il verso della sequenza.
3. La sequenza è rappresentata da linee continue congiungenti i simboli che rappresentano le operazioni da compiere.
 4. La convergenza di due linee di flusso può avvenire senza che vi sia una descrizione specifica, mentre la divergenza deve sempre avvenire in corrispondenza di un simbolo esplicativo o di una nota descrittiva.
 5. Per rendere più chiaro il significato di una operazione, quando il simbolo non esaurisce quello che si voleva esplicitare è necessario fare uso di note esplicative o rinvii.

Fig. 5: Principali simboli utilizzati



Fig. 6. Esempio di flow chart



Per completare e specificare ulteriormente il flow-chart, le azioni possono essere anche rappresentate attraverso una analisi schematica secondo lo schema riportato in seguito.

Tab. 3: Analisi schematica dell'azioni da compiere

SPECIFICHE	AZIONE 1	AZIONE 2	AZIONE 3
COSA?	Scrivere e far approvare il progetto	Attivare e addestrare il gruppo di lavoro.	Iniziare la raccolta dati
CHI?	G. Mariani	C. Monti	D. Zinna
DOVE?	Direzione Generale	Servizio Prevenzione	Scuole Superiori
QUANDO?	Entro 1.02.2002	Entro 1.04.2002	Entro 1.05.2002
COME?	Presentazione del progetto in formato STD.	Cinque lezioni teoriche con esercitazione pratiche al pomeriggio.	Mediante intervistatori professionali, con campionamento randomizzato.
PERCHÉ?	Per ottenere finanziamenti e legittimazione formale.	Per trasferire le tecniche specifiche di prevenzione e di motivazione al cambiamento.	Per avere dati relative al profilo. Psicocomportamentale del target.



Il brainstorming (“tempesta di cervelli” o “generatore di idee”)

Il brainstorming è uno strumento che è stato ideato da F.A. Osborn nel 1939, con lo scopo di produrre messaggi pubblicitari non convenzionali. Esso può essere utilizzato da solo o in combinazione con altri strumenti come ad esempio il diagramma causa – effetto. Tale strumento viene utilizzato per generare una lista di idee in un periodo limitato nel tempo per esempio per consentire di isolare gli elementi in un processo di analisi di un determinato problema. Il brainstorming, il cui obiettivo è quello di far emergere più idee possibili, si snoda in tre fasi principali che si sviluppano, generalmente in un periodo di tempo che può variare dai dieci ai venti minuti, con l'ausilio di una figura che funge da facilitatore.

Tab. 4: Le fasi di un brainstorming

N.	FASE	DESCRITTIVA
1	Preliminare	Viene descritto l'oggetto del brainstorming a tutti i membri del gruppo.
2	Creativa	I membri del gruppo esprimono un'idea in poche parole.
3	Finale	Si ritorna sulle idee generate per gli opportuni chiarimenti, originandole ed arrivando ad una sintesi delle idee migliori e più votate.

Esistono alcune regole che nel brainstorming dovrebbero essere rispettate tra le quali la più importante è che i membri del gruppo possono esprimere qualsiasi tipo di idea e sulla base di tali idee non è possibile fare critiche.

Tab. 5: Le regole del Brain storming (Alain – Michel Chauvel, 1992)

N	LE REGOLE
1	Tutti i partecipanti sono uguali.
2	Pensare sempre in modo positivo.
3	Ogni partecipante esprime un'idea talvolta e solo quando è il suo turno.
4	Un'idea non è mai stravagante od ingenua: spesso esse riescono ad aprire una strada.
5	Nessuna idea espressa deve essere criticata, né verbalmente, né con un gesto un atteggiamento del corpo.
6	Non verrà fatta alcuna domanda durante la seduta di brain-storming.
7	Esiste un solo “prerequisito” per tutto il gruppo: non avere pregiudizi.

Fase preliminare: il tema da “far esplodere” dovrebbe essere descritto dal facilitatore nel modo più preciso possibile per evitare la non pertinenza di idee da parte del team.

Fase creativa: in questa fase ogni partecipante deve esprimere a turno un'idea (una sola idea alla volta). Se il partecipante non ha idee, nel momento in cui è chiamato ad esprimerle dice “passo”. Durante il brainstorming è proibito esprimere giudizi sulle idee espresse e tale principio deve essere rispettato anche dal facilitatore. Nessuna idea deve essere respinta, criticata o sminuita sia dal gruppo che dal facilitatore. È ammesso sintetizzare una idea molto complicata. Quante più idee vengono espresse del team tanto più lo strumento acquisterà

efficacia e verrà considerato efficiente.

La fase di brainstorming può dirsi completata quando non ci sono più idee.

Fase finale: A questo punto ha inizio la terza fase nella quale i partecipanti al gruppo insieme al facilitatore iniziano una discussione nella quale per esempio le idee simili vengono aggregate quindi ha inizio la votazione e la classificazione delle idee. Le idee vengono votate e classificate una alla volta. Il segretario del gruppo prende nota dei voti favorevoli dati alle idee. Durante il primo giro di votazioni i partecipanti possono votare per quante idee vogliono; vengono però presi in considerazione solo i voti a favore (nessuno può votare contro una idea). Eseguito il giro di votazione il facilitatore fissa un limite (per esempio le cinque idee che il gruppo ha maggiormente votato). L'individuazione della idea prioritaria, che il gruppo giudica più interessante, avviene attraverso una votazione finale. Quando il problema è stato analizzato, il team si riunisce in una sessione di brainstorming per determinare come verificare la reale causa del problema e le possibili soluzioni.

Diagramma di Ishikawa o diagramma causa effetto

I diagrammi causa-effetto vennero messi a punto in Giappone da Kauru IshiKawa nel 1943 e sono gli strumenti più impiegati per la soluzione di problemi di qualità nelle aziende.

Questo strumento viene utilizzato per individuare le cause di un problema mediante il coinvolgimento di tutti gli operatori direttamente coinvolti.

Permette di visualizzare in modo semplice l'insieme delle cause potenziali di un qualsiasi effetto osservato.

La visualizzazione dei dati, in un solo diagramma, aiuta a studiare le relazioni esistenti tra un effetto e le cause presunte raggruppate e in famiglia.

Partendo dal presupposto che per ogni effetto esistono una molteplicità di cause, questo strumento parte dal principio che veniva utilizzato da Cartesio nel quarto punto del suo metodo che consisteva nell'enumerare quante più possibili cause ritenute collegate ad un determinato effetto oggetto di analisi. Selezionate le cause con il brainstorming attraverso una figura specifica che conduce il lavoro, un facilitatore, viene chiesto di fare una lista di priorità di queste cause sulla base dell'importanza che si vuole loro dare nel collegamento con quel dato effetto. Una volta definite le cause più importanti (da due a quattro) si chiede agli operatori di formulare delle ipotesi o contromisure che riducano o eliminino le cause considerate (A. Galgano 2001). Lo strumento serve anche per motivare e responsabilizzare gli operatori e dare al gruppo un strumento che possa aiutare a risolvere i problemi quotidiani in maniera organizzata e sistemica. Il problema è "l'effetto" e viene scritto in un rettangolo sulla destra, "le cause" sono scritte nello spazio bianco verso sinistra.

Di seguito viene elencato il processo che il gruppo dovrebbe seguire per utilizzare questo strumento.

**Tab. 6. Processo del diagramma di Ishikawa**

N.	SPECIFICHE
1	Definire il problema o l'effetto. Il gruppo di operatori deve sforzarsi di definire il problema (l'effetto) con la massima precisione.
2	Individuare i principali tipi di cause e incasellarle entro tipologie specifiche. Non ci sono limiti al numeri di tipologie. Il diagramma inizialmente veniva configurato come diagramma delle cinque M (materiali, manodopera, metodi, macchine, uomo) che configuravano 5 tipologie di cause ma tale tipologie possono variare in relazione alla attività prevalente del gruppo ed all'effetto (problem) da esaminare.
3	Il gruppo al completo partecipa ad una sessione di brainstorming e cerca di rintracciare tutte le possibili cause del problema. Le idee prodotte sono collocate nelle varie tipologie di cause. È necessario in questa fase (compito tipico del facilitatore) di fare in modo che il gruppo espliciti solo le cause collegate all'effetto e non le possibili soluzioni.
4	Le idee raccolte durante il brainstorming vengono soppesate per indicarne le migliori. Ciò avviene attraverso una discussione ed una votazione. È un processo analitico ed abbastanza lungo, perché occorre identificare tutti i pro ed i contro di ogni idea. Il processo può essere accelerato chiedendo ai membri del gruppo di votare per ogni idea che loro considerano importante. In questa fase vengono anche raggruppate idee simili, con vantaggio sui tempi di valutazione.
5	Le cause più probabili vengono sottoposte ad una nuova valutazione e viene identificata una graduatoria. Il gruppo di operatori prende in considerazione solo le cause che hanno preso più voti. Vengono quindi discussi i pro ed i contro di ciascuna causa per isolare la causa più probabile. Vicino alla cause scritte sul diagramma vengono aggiunti gli ordini nella graduatoria.
6	La causa più probabile viene sottoposta a test nel tentativo di verificarla.

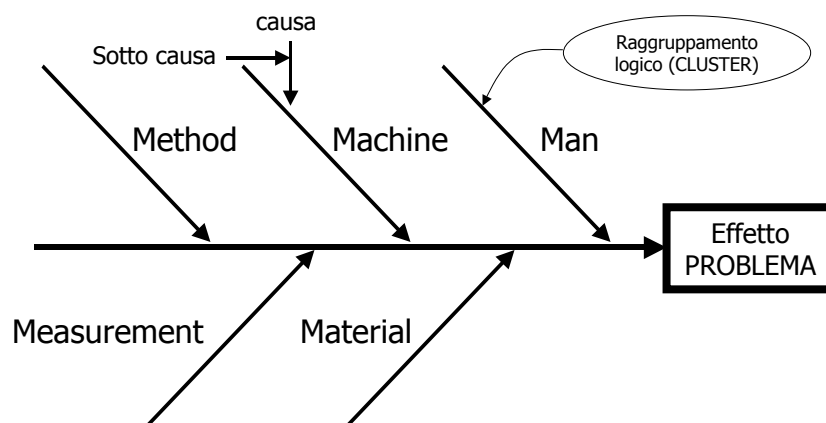
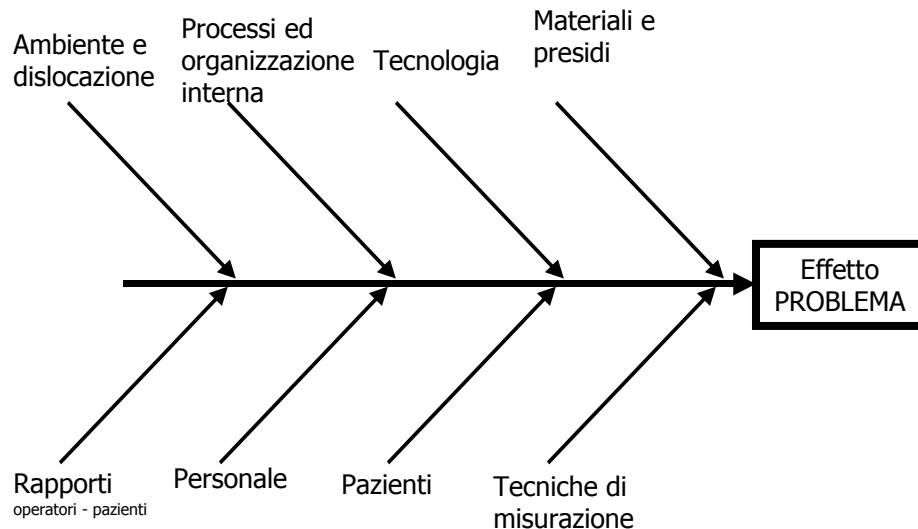
Fig. 7: Rappresentazione del diagramma di Ishikawa

Fig. 8: Rappresentazione del diagramma di Ishikawa con raggruppamenti (cluster) adattati ad un contesto specifico



Analisi e Diagramma di Pareto

Insieme al diagramma di Ishikawa, il diagramma di Pareto è l'altro strumento essenziale per lo studio dei problemi.

Permette di visualizzare in modo semplice un insieme di dati qualitativi relativi ad un medesimo problema, ad esempio, tutte le cause connesse ai lunghi tempi di attesa. Mette in risalto i fatti importanti rispetto quelli secondari e guida la scelta prioritaria di un gruppo di lavoro con il principio dell'80/20. Il diagramma di Pareto rappresenta la frequenza delle cause sotto la forma di grafico a colonne: l'asse orizzontale indica gli elementi che costituiscono argomento trattato che l'asse verticale i dati relativi ad ogni elemento, utilizzando la medesima unità di paragone. Tale diagramma viene completato dalla curva cumulativa dei dati.

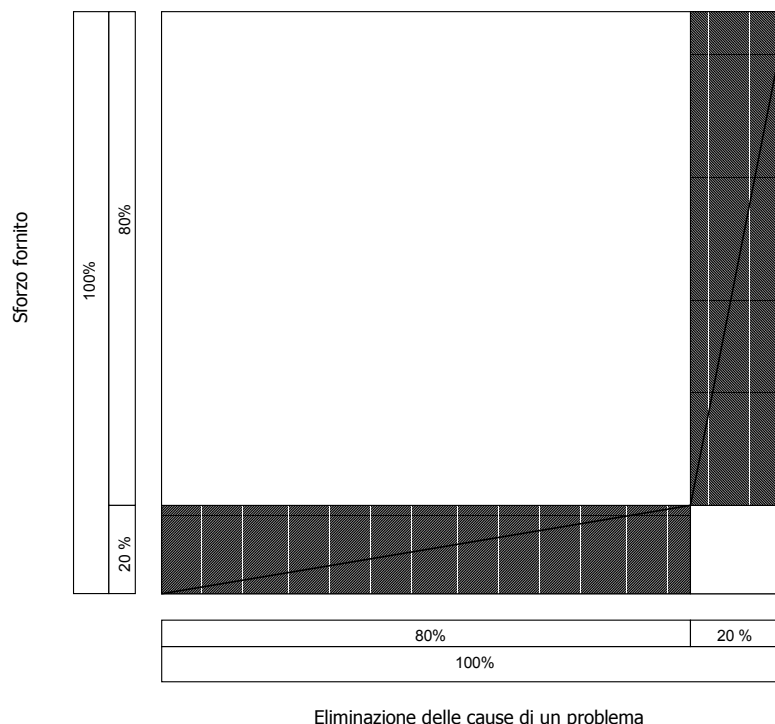
Pareto, economista del primo novecento, ha studiato le distribuzioni di ricchezza in diversi paesi ed ha concluso che una minoranza piuttosto consistente (20%) delle persone controllava una gran maggioranza (80%) della ricchezza della società. Si è riscontrata questa stessa distribuzione in altre aree ed è stato chiamato l'effetto Pareto.

Quindi il diagramma di Pareto si basa sull'omonimo principio di Pareto: se si scompone un problema si nota che pochi (20%), ma importanti fattori ne spiegano l'80%, mentre il restante 20% del problema è dato dall'80% delle cause identificate sì, ma di scarsa importanza. Da ciò se ne deduce che:

- l'80% delle cause di un problema richiede il 20% del totale degli sforzi necessari per trovare una soluzione alla totalità delle cause;
- il 20% residuo delle cause richiede l'80% della totalità degli sforzi necessari per dare una soluzione a tutte le cause del problema.



Fig. 9: Il Principio di Pareto applicato ad un problema



L'analisi di Pareto è una metodologia grafica che viene utilizzata per identificare i problemi più importanti e di conseguenza le priorità di azioni. Naturalmente i criteri per la definizione delle priorità di azioni dipendono dalle situazioni contingenti e dagli obiettivi prioritari di azienda. Applicando queste piccole regole alle nostre aziende sanitarie gli obiettivi prioritari saranno gli obiettivi che i direttori generali hanno dato a ciascun responsabile di unità operativa. Una volta definite le priorità ci si concentrerà solamente su di esse e si dimenticheranno "i falsi problemi" che nulla hanno a che fare con "l'effetto negativo" su cui si vuole intervenire.

L'analisi di Pareto, inoltre, permette un'immediata verifica dell'efficacia dei tentativi di miglioramento. Infatti confrontando due rappresentazioni dello stesso fenomeno prima e dopo l'intervento si ha una visualizzazione immediata dei progressi compiuti e una misura del miglioramento complessivo, che normalmente si riflette anche in un cambiamento nell'ordine di importanza delle caratteristiche. L'analisi di Pareto è un potente strumento del processo informativo e soprattutto decisionale, in quanto permette a chiunque in azienda di concentrarsi sulle cose e decisioni importanti che sostanziano la sua attività. Con questo tipo di diagramma si evidenziano visivamente i fenomeni più importanti o le cause più rilevanti di un problema. Il diagramma di Pareto è costituito da un istogramma in cui le categorie (asse x) sono ordinate per valore (asse y) decrescente e i valori nominali sono espressi in percentuale; all'istogramma è sovrapposta la linea dei valori cumulati.

Nella fattispecie specifica attraverso il diagramma a barre di Pareto viene posto in evidenza che in un processo produttivo la maggior parte dei difetti (non conformità) e dei costi che ne derivano è causata da un numero relativamente piccolo di cause. Per la costruzione del diagramma di Pareto si rende necessario seguire questo iter.

Tab. 7: Le fasi per la costruzione del diagramma di Pareto

N.	DESCRITTIVA
1	Decidere come raccogliere i dati.
2	Definire l'elenco delle cause.
3	Valorizzare l'importanza di ciascuna causa.
4	Esprimerla in percentuale relativa.
5	Classificare le cause in ordine decrescente.
6	Rappresentarle graficamente in un diagramma a barre.
7	Tracciare il grafico cumulativo.

Per l'elenco delle cause ci si può affidare al brainstorming ed il peso di ciascuna causa può derivare dalla raccolta di dati. Se la raccolta di dati non può essere eseguita o è ritenuta poco affidabile la ponderazione può essere effettuata attraverso un giudizio di esperti. Le percentuali sono rappresentate in ordine decrescente su un diagramma a barre, sul quale viene sovrapposto un diagramma a linea che rappresenta la somma delle singole percentuali

Tab. 8: Analisi cause di eccessiva attesa dei clienti (distribuzione di frequenza)

N	CAUSE	FREQUENZA	% CUMULATA
1	Non chiarezza dell'inizio dell'orario delle visite.	32	32
2	Operatori in ritardo.	22	54
3	Inserimento di pazienti fuori lista (overbook eccessivo).	12	66
4	Sovrapposizione di appuntamenti ("doppia" agenda).	9	75
5	Tempo previsto per singola visita troppo ridotto (sfondamento costante).	7	82
6	Scarsa organizzazione nell'accoglienza al front office.	6	88
7	Dimenticanze degli operatori.	4	92
8	Mal funzionamento del computer.	3	95
9	Dimenticanze dei clienti.	3	98
10	Altro.	2	100
	TOTALE	100	



Fig. 10: Analisi cause di eccessiva attesa dei clienti (distribuzione di frequenza)

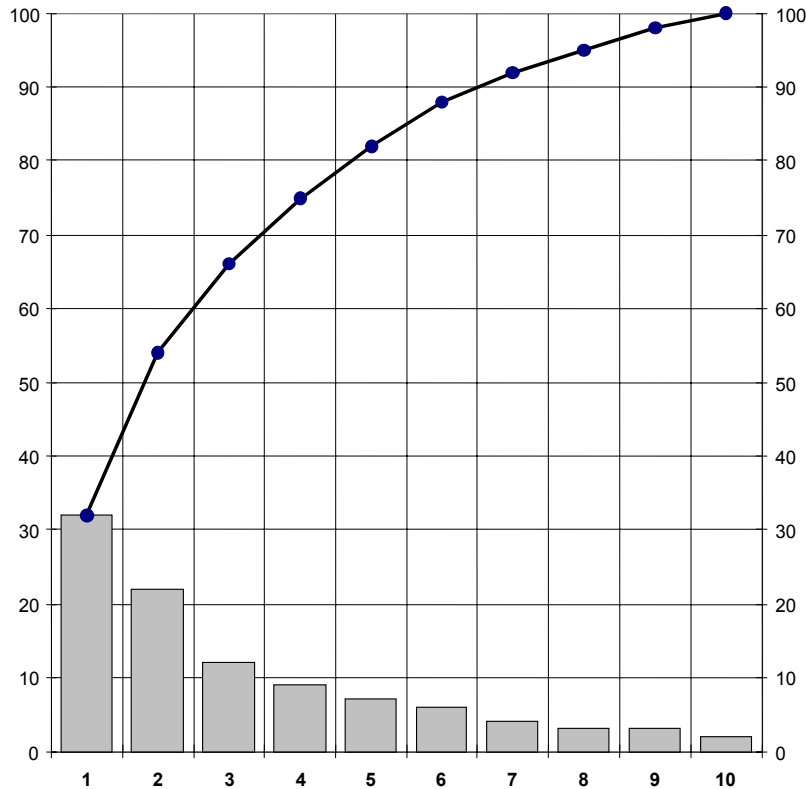


Diagramma delle affinità

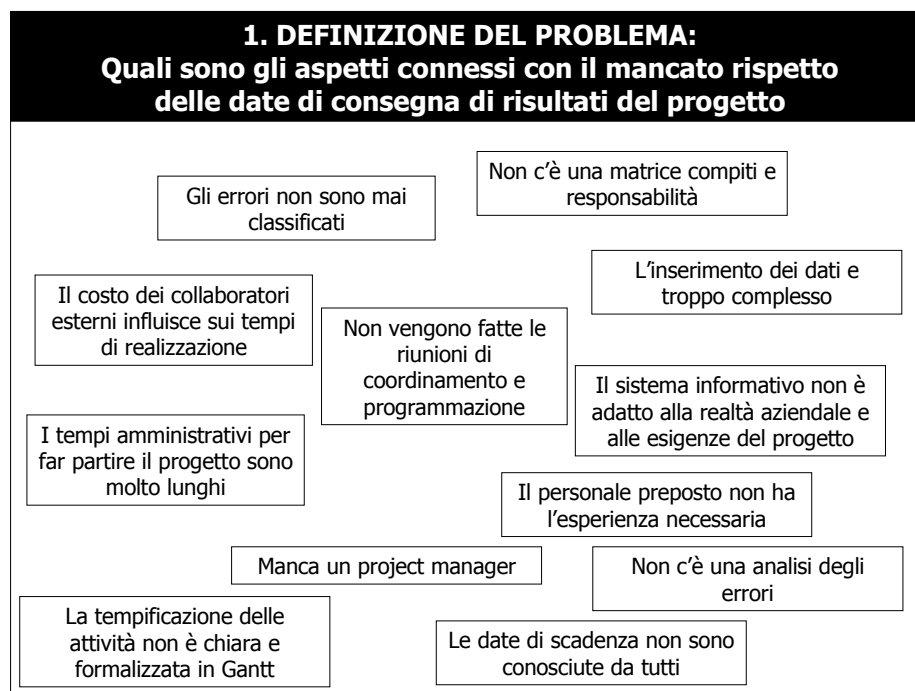
Strumento sviluppato negli anni sessanta da un antropologo giapponese Jiro Kawakita (questa utility è conosciuta anche come metodo Kj). Si raccomanda l'uso di questa utility quando i fatti o i pensieri non sono certi e necessitano di organizzazione, quando bisogna superare paradigmi già esistenti, quando le idee devono essere chiarite e quando c'è una necessità di creare unità nel contesto di una squadra. Il diagramma delle affinità è uno strumento che viene utilizzato per organizzare una molteplicità di idee o aspetti in categorie. Il diagramma è impiegato sia per definire il problema sia per arrivare ad una soluzione. In sintesi il diagramma delle affinità è uno schema sul quale vengono riorganizzate idee ed opinioni riguardanti un argomento oggetto di discussione, raggruppandole in base ad un possibile nesso logico. Talvolta esso viene utilizzato per organizzare le idee frutto delle sedute di brainstorming.

Solitamente lo strumento viene applicato in presenza di problemi molto complessi. Esso viene utilizzato principalmente nei programmi di miglioramento aziendale (TQM) e di reingegnerizzazione dei processi. Anche questo strumento può essere diviso in fasi specifiche.

Tab. 9: Fasi di costruzione del diagramma delle affinità

N.	DESCRITTIVA
1	Scrittura su post-it dei risultati del brainstorming, precedentemente chiariti e condivisi dal gruppo di lavoro.
2	Consegna dei post-it al gruppo ponendoli in modo casuale su una parete o tavolo in modo tale che siano visibili da tutti i membri del gruppo.
3	Chiedere al gruppo di suddividere in categorie, senza parlare, in modo rapito i post-it.
4	Quando i post-it sono stati tutti suddivisi in categorie, il gruppo può discutere le ragioni del raggruppamento e dare un nome alle varie categorie identificate. Possono essere utilizzate anche sottocategorie dividendo la singola categoria in due livelli di aggregazione. Sia il nome che i raggruppamenti possono essere modificati nella discussione.
5	Ultimata la discussione è possibile disegnare un diagramma che rappresenti graficamente i gruppi identificati.

Fig. 11: Diagramma delle affinità





2. FORMAZIONE DEI GRUPPI DI AFFINITA': I livello (clustering)

A	B	C
L'inserimento dei dati e troppo complesso Il sistema informativo non è adatto alla realtà aziendale e alle esigenze del progetto Non c'è una analisi degli errori Gli errori non sono mai classificati	La tempificazione delle attività non è chiara e formalizzata in Gantt Non c'è una matrice compiti e responsabilità Non vengono fatte le riunioni di coordinamento e programmazione Le date di scadenza non sono conosciute da tutti	Il costo dei collaboratori esterni influisce sui tempi di realizzazione Il personale preposto non ha l'esperienza necessaria Manca un project manager

3. FORMAZIONE DEI GRUPPI DI AFFINITA': II livello (Labelling)

SIST. INFORMATIVO	PROGRAMMAZIONE	PERSONALE
A	B	C
L'inserimento dei dati e troppo complesso Il sistema informativo non è adatto alla realtà aziendale e alle esigenze del progetto Non c'è una analisi degli errori Gli errori non sono mai classificati	La tempificazione delle attività non è chiara e formalizzata in Gantt Non c'è una matrice compiti e responsabilità Non vengono fatte le riunioni di coordinamento e programmazione Le date di scadenza non sono conosciute da tutti	Il costo dei collaboratori esterni influisce sui tempi di realizzazione Il personale preposto non ha l'esperienza necessaria Manca un project manager

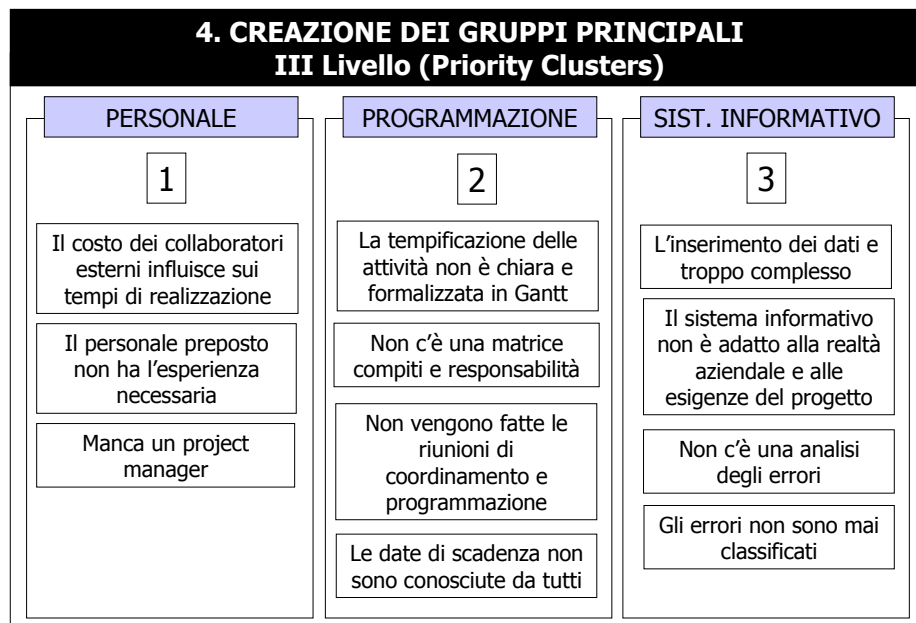


Diagramma ad albero

Il diagramma ad albero è uno strumento che serve per rappresentare con un livello di dettaglio sempre più minuzioso l'insieme dei metodi, procedure e attività più idonei per conseguire un determinato obiettivo. Attraverso l'utilizzo di questo strumento è possibile passare da un obiettivo generico ad un piano di azioni estremamente dettagliato e coerente, specificando le condizioni e gli obiettivi intermedi da realizzare. Il problema viene in tal modo "disarticolato" e ne viene resa visibile la struttura ed i dettagli.

Alcune indicazioni pratiche per lo sviluppo di un diagramma ad albero potrebbero essere:

1. Assicurarsi che ogni persona sia d'accordo sull'obiettivo principale prima di iniziare.
2. Essere succinti.
3. Pensare ai compiti principali necessari per il raggiungimento dello scopo. Aggiungere questi all'albero.
4. Per ogni nodo compito, pensare a dei sub-compiti che si rendono necessari, poi aggiungere questi all'albero.
5. Chiedersi se si sia dimenticato di qualcosa.
6. Man mano che si lavora sul progetto, cambiare i colori dei nodi completati, così c'è un'indicazione dello stato dell'evoluzione della faccenda.



Fig. 12: Diagramma ad albero

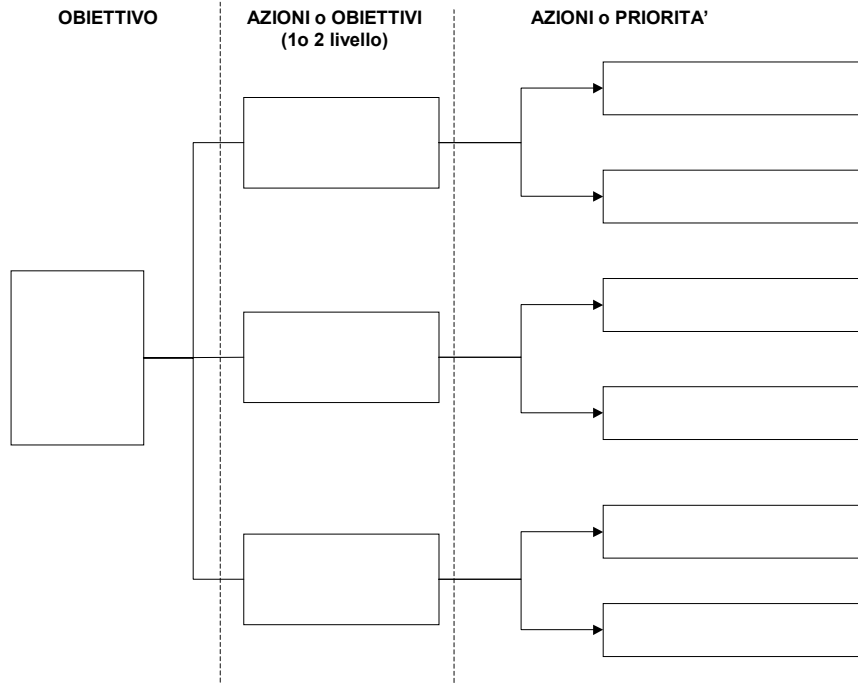
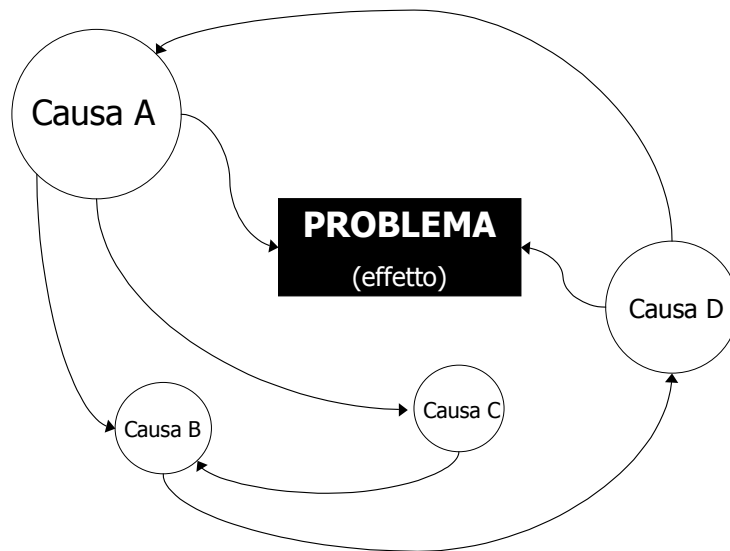


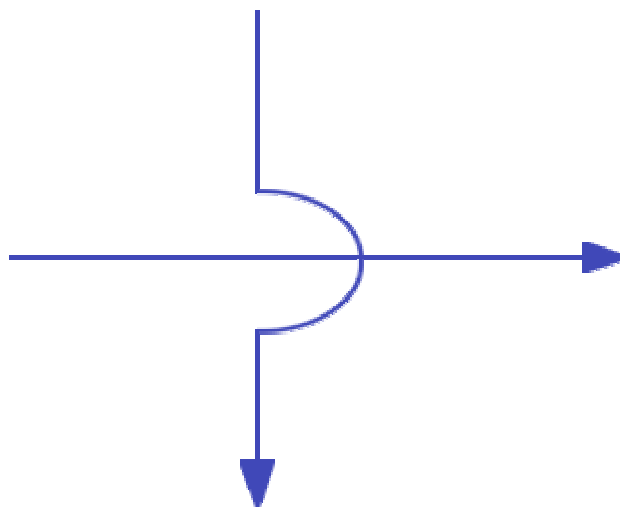
Diagramma delle relazioni

Il diagramma delle relazioni è una rappresentazione della “mappa” di un determinato fenomeno (problema) con tutti i possibili fattori che lo influenzano e le reciproche relazioni. È utile per fornire una panoramica completa ed immediata di tutte le interrelazioni esistenti tra i fattori e tra questi ultimi ed il fenomeno esaminato. Il problema da esaminare può nascere in modo spontaneo dal gruppo o essere posto dall'esterno. Il problema da analizzare deve essere chiaramente definito e recepito dai partecipanti, per evitare equivoci e fraintendimenti. Non bisogna affrontare l'analisi prima di aver chiarito ogni dubbio interpretativo. Il tema deve essere riportato al centro del foglio di lavoro (minimo 70 cm x 110 cm) e racchiuso con una linea marcata di forma rettangolare o ellittica. A questo punto si sviluppa una fase di lavoro che è nello stesso tempo creativa e razionale perché si definiscono i sottosistemi del problema (o le cause) e si individuano le relazioni logiche (in termini di causa/effetto). Per favorire la ricerca delle cause può essere utile porsi costantemente la domanda: perché è successo questo? E per ogni risposta, cioè una causa, porsi nuovamente. La sequenza viene ripetuta fino a che non si ritenga esaustiva l'analisi. Ogni elemento (causa) deve essere posizionato sul tabellone e deve essere individuato e segnalato con una linea con freccia il legame causa/effetto, con la freccia che indica l'effetto. Il numero delle frecce che escono da un fattore generalmente evidenzia la causa che condizionano in misura maggiore il problema.

Fig. 13: Diagramma delle relazioni

Il diametro della causa è proporzionale alla sua importanza nel generare il problema o altre cause sostenenti l'effetto finale.

Quando due linee si incrociano, per evitare confusioni, l'intersezione viene segnalata come nella figura sotto riportata.

Fig. 14: Intersezione tra linee



Per facilitare la creazione del diagramma vengono utilizzati dei post-it che consentono di modificare il posizionamento degli elementi quando la definizione di nuovi legami logici porta ad un eccessivo intreccio delle frecce direzionali. In ogni caso è possibile operare anche scrivendo direttamente su flow-chart. È da notare che ogni elemento può dare origine o ricevere più frecce direzionali e non deve necessariamente essere collegato direttamente con l'effetto in esame.

Nel caso di legami bidirezionali si consiglia di tracciare due linee, ciascuna in un verso e non di fare una unica linea con due frecce.

Il contenuto dei vari post-it, cioè degli elementi causali del fenomeno, possono avere origine sia da un precedente diagramma di affinità, sia da brainstorming o da analisi logiche dei legami causa effetto. In alcune versioni sofisticate (in linea di massima sconsigliabile) l'intensità del legame causa-effetto è segnalato con diversi spessori della linea di collegamento. Operativamente sono possibili due approcci: a) posizionare tutti i cartellini sul tabellone e poi individuare tutti i legami logici fra i vari elementi; b) posizionare i cartellini uno alla volta individuando di volta in volta le varie relazioni tra il nuovo elemento ed i precedenti.

Una volta terminata la costruzione, la fase di analisi è condotta in funzione della tipologia e degli obiettivi del diagramma stesso. Se l'analisi è di tipo causa/effetto diventa importante individuare la causa prioritaria/probabile dell'effetto. Gli approcci possono essere: a) valutazione critica della causa più importante del fenomeno tramite votazione (al limite con matrici di valutazione) o discussioni; b) individuazione della causa critica tramite conta del numero di frecce uscenti ed entranti da ciascun cartellino ed attribuzione di un peso a ciascuna causa come differenza algebrica fra i due numeri.

La logica che sta alla base di questo sistema è che la causa con il maggior numero di frecce uscenti è la più "condizionante" nei confronti delle altre. Non possono essere effettuate interpretazioni troppo meccanicistiche: il senso pratico e le capacità critiche sono sempre fondamentali.

Evidentemente, e indipendentemente dall'approccio di analisi scelto, per essere certi di avere individuato la causa prioritaria occorrerà effettuare verifiche e sperimentazioni.

Solitamente la/le causa/e prioritaria/e è segnata sul diagramma con un cerchio o con un segno colorato. In alcuni casi il diagramma non è finalizzato alla ricerca delle cause prioritarie ma semplicemente a rappresentare la struttura logica del problema; in questi casi non è necessario individuare delle cause prioritarie. A termine di tutto non dimenticarsi di segnare sul foglio la data e le persone che hanno partecipato.

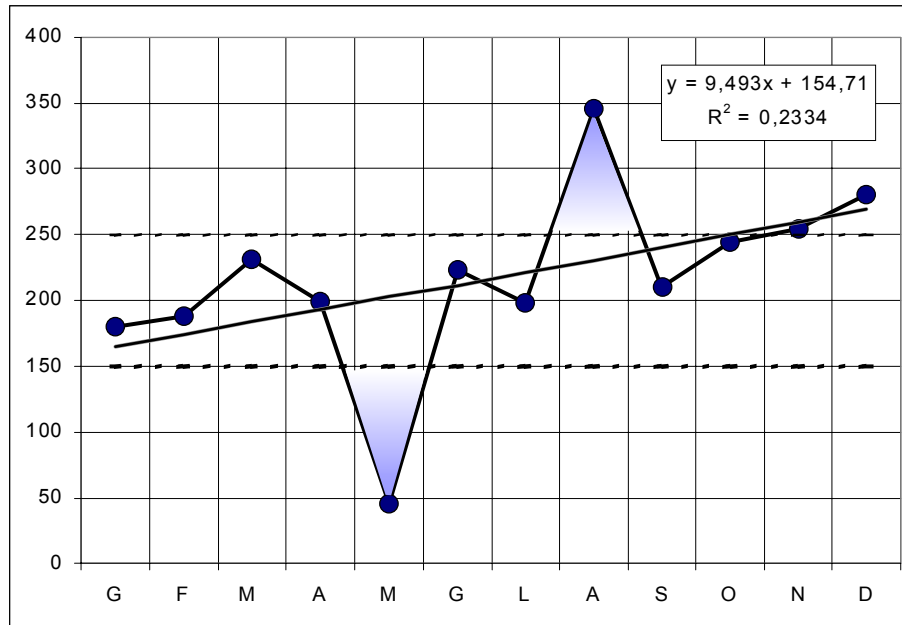
ALTRI STRUMENTI DI RAPPRESENTAZIONE ED ANALISI

Diagramma F/t

Permette di misurare la fluttuazione di un parametro F che si desidera monitorare e governare, nel tempo. L'asse verticale indica la scala di misura del parametro sotto osservazione e l'asse orizzontale il tempo.

Questo tipo di diagramma è in grado di evidenziare i trend mettendo bene in luce anche i picchi anomali (positivi o negativi). È molto utile per evidenziare l'andamento dei fenomeni nel tempo tenendo sotto controllo le variazioni e le deviazioni da un range che viene considerato "normalità" di fluttuazione della variabile in osservazione. Il diagramma risulta molto efficace come rappresentazione del trend se collegato ad un sistema di monitoraggio e di alimentazione dei dati per produrlo, molto rapido e senza ritardi di notifica in modo che l'emergere di un problema o di un picco di attività (o di una caratteristica) anomala venga immediatamente colto e si possa così attivare tempestivi rimedi.

Fig. 15: Diagramma F/t con monitoraggio degli accessi mensili di nuovi pazienti ambulatoriali di un servizio MST



Nota: il grafico mostra un trend positivo nel tempo con un incremento degli accessi. Si evidenziano inoltre due picchi: il primo negativo con forte calo degli accessi dovuto ad una chiusura parziale dell'ambulatorio ed un secondo nei mesi successivi per un incremento delle patologie specifiche. La capacità di accoglienza (in base alla reale capacità produttiva) è rappresentata dal range compreso tra le due linee tratteggiate. Il trend fa comprendere la necessità di programmare una riorganizzazione della capacità produttiva.

Diagramma Polare

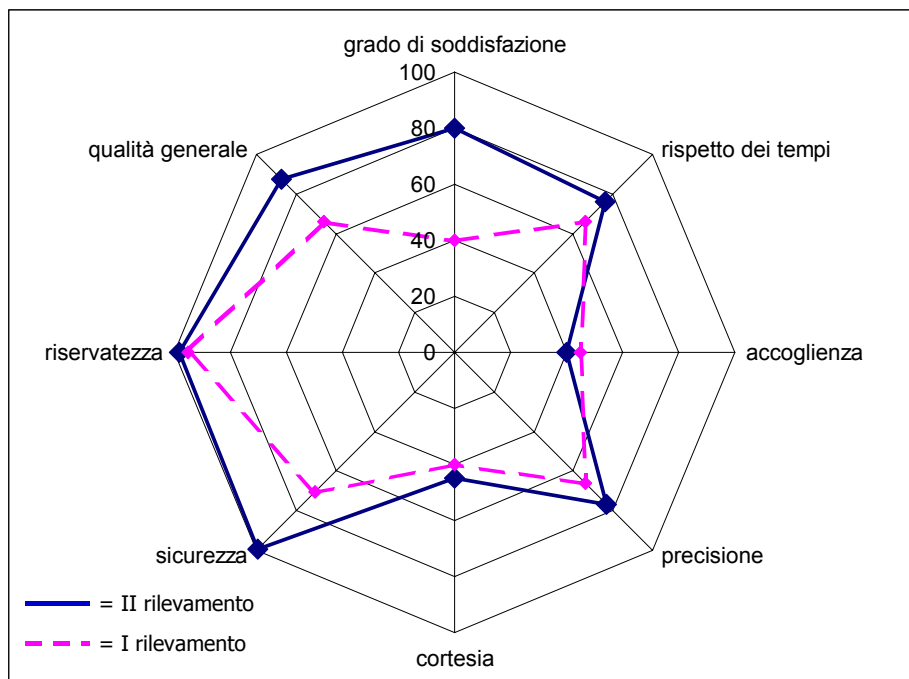
Permette di visualizzare su un solo diagramma un insieme di parametri che definiscono le varie dimensioni dell'oggetto in esame.

Evidenza in modo contemporaneo tutti i vari parametri studiati e rappresenta la situazione di insieme.

È anche possibile valutare l'evoluzione dei parametri nel tempo introducendo nel grafico la situazione passata e presente.



Fig. 16: Valutazione delle caratteristiche di un servizio, giudizio del paziente



Il diagramma di Eulero

Questo digramma, di facile realizzazione, permette di visualizzare le possibili combinazioni di tre variabili rappresentative di una determinata situazione, che si possono presentare ed essere evidenziate in modo singolo o combinato.

Le variabili da utilizzare devono essere descrittive ed in relazione sia con la situazione che si vuole analizzare che tra loro e devono caratterizzare classi di frequenza su cui concentrare la nostra attenzione.

Il diagramma si presenta sotto forma di tre cerchi che si intersecano e delimitano sette possibili zone di un problema.

Fig. 17: Esempio della struttura del diagramma di Eulero

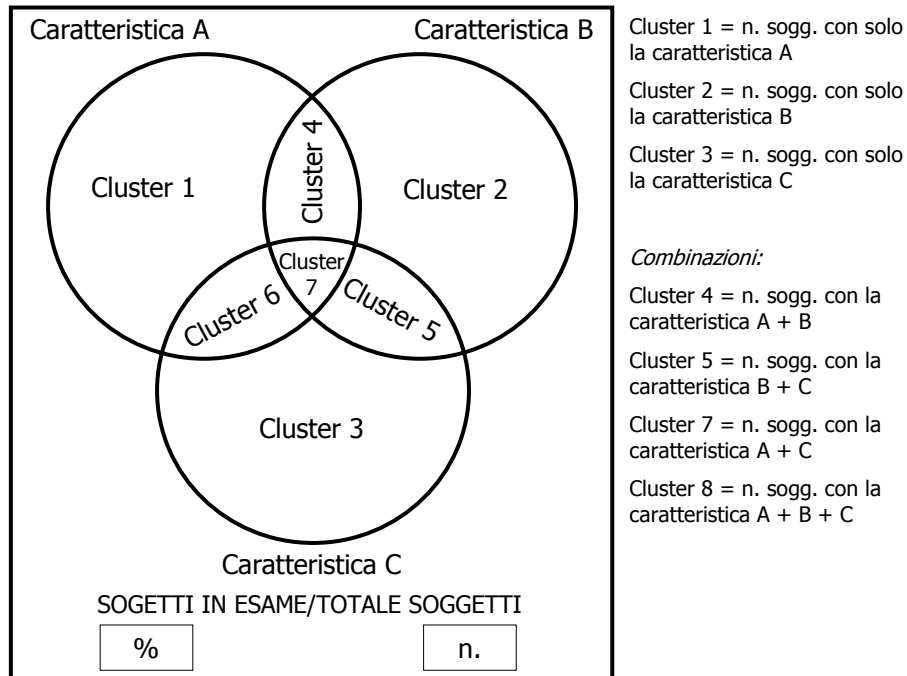


Fig. 18: Esempio di diagramma di Eulero applicato all'osservazione di soggetti con disturbi comportamentali al fine di evidenziare sottogruppi in base all'età, al sesso e alla presenza di ADHD

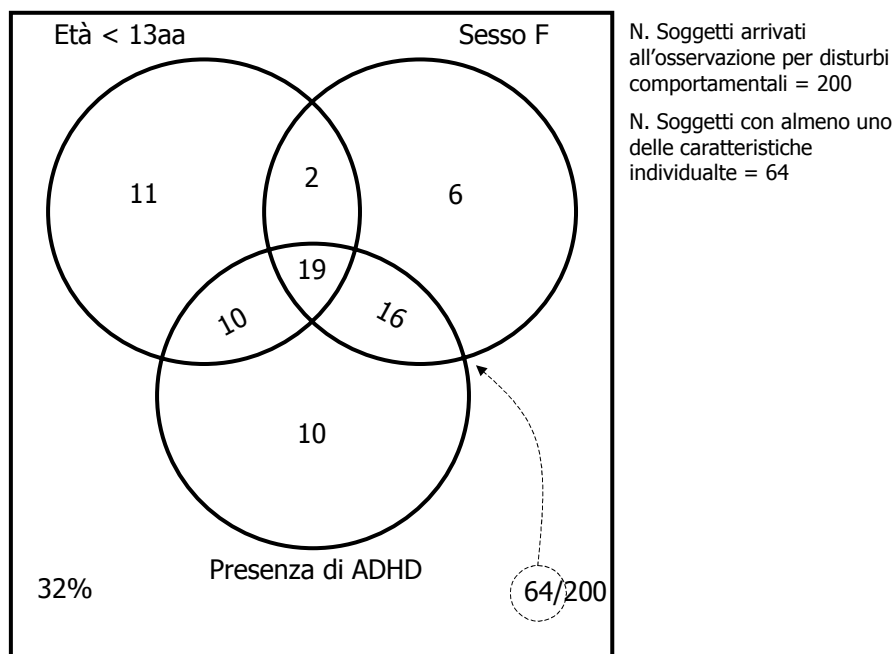
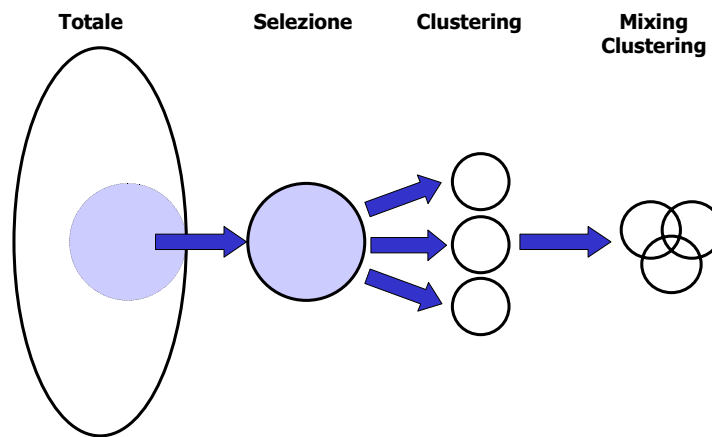




Fig. 19: Modalità logica di selezione e clustering nel diagramma di Eulero



Il diagramma di dispersione

Permette di evidenziare la relazione esistente fra due variabili misurabili.

La relazione può essere misurata ma non necessariamente è prova di un legame di causa ed effetto tra le due variabili in esame, essa indica soltanto l'esistenza di una relazione più o meno forte fra le loro.

Può essere utilizzata per evidenziare e rappresentare due importanti informazioni sulle variabili in esame: l'andamento della relazione (direzione e inclinazione della retta risultante) e il grado di relazione rappresentato dalla dispersione dei punti ("dimensioni della nuvola").

Per realizzare il diagramma è necessario avere due coppie di dati misurabili per ogni campione.

Fig. 20: Tabella e grafico corrispondente della dispersione e correlazione di dati (peso e altezza)

SOGGETTO	variabile	
	Peso	Altezza
QW	70	171
WE	65	165
ER	55	160
RT	79	180
TY	45	160
YU	48	150
UI	88	190
IO	112	198
OP	59	160
AS	80	188

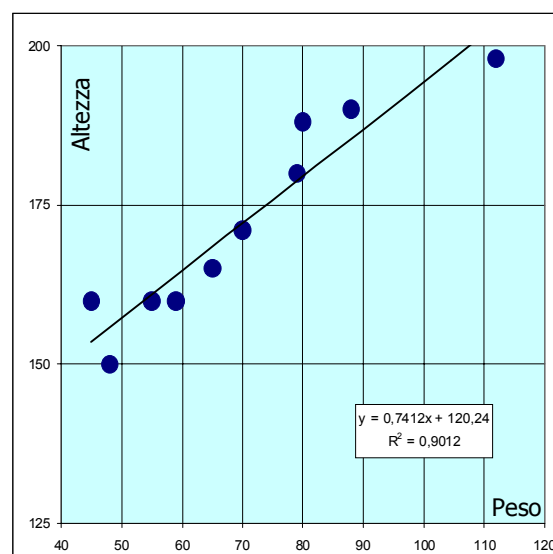
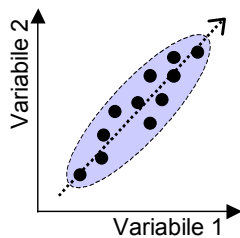
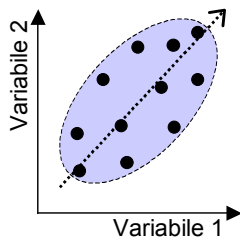


Fig. 21: Tipi di correlazione



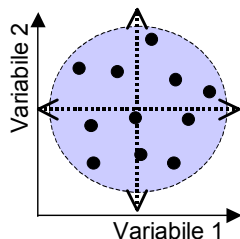
FORTE CORRELAZIONE POSITIVA

al variare positivo della prima variabile corrisponde un aumento anche della seconda,
la dispersione dei dati è ridotta e i punti appaiono molto ravvicinati tra loro
direzione facilmente identificabile, punti raggruppati, verso l'alto



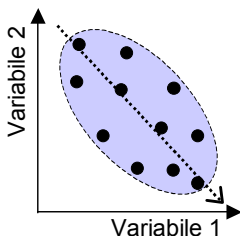
DEBOLE CORRELAZIONE POSITIVA

al variare positivo della prima variabile corrisponde un aumento debole anche della seconda,
la dispersione dei dati è maggiore e i punti appaiono non molto ravvicinati tra loro
direzione identificabile ma nuvola di dispersione maggiore, verso l'alto



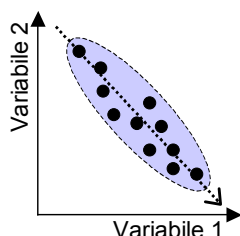
NESSUNA CORRELAZIONE

al variare della prima variabile non corrisponde un aumento o un decremento anche della seconda,
la dispersione dei dati è totale e i punti appaiono disposti in maniera casuale tra loro



DEBOLE CORRELAZIONE NEGATIVA

al variare positivo della prima variabile corrisponde una diminuzione debole della seconda,
la dispersione dei dati è maggiore e i punti appaiono non molto ravvicinati tra loro
direzione identificabile ma nuvola di dispersione maggiore, verso il basso



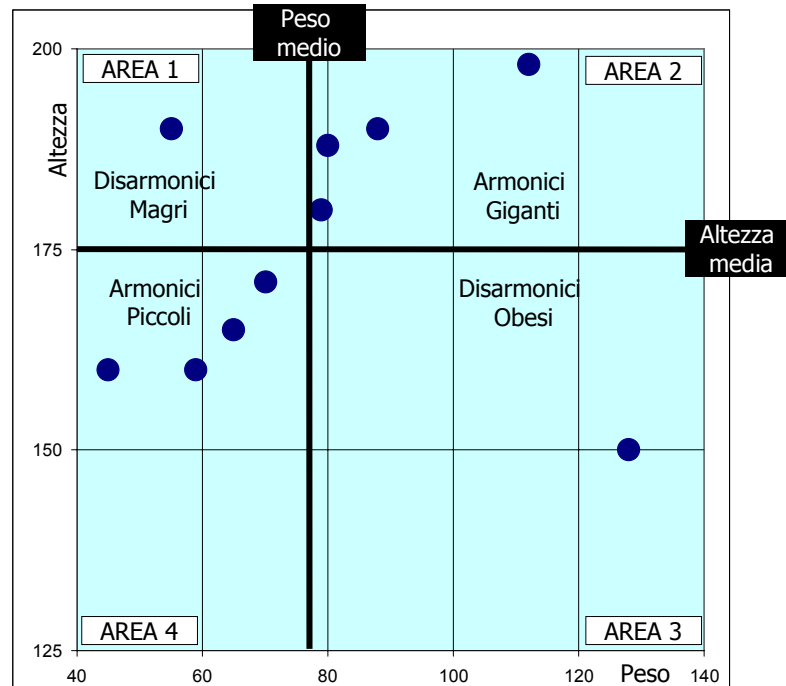
FORTE CORRELAZIONE NEGATIVA

al variare positivo della prima variabile corrisponde una diminuzione della seconda,
la dispersione dei dati è ridotta e i punti appaiono molto ravvicinati tra loro
direzione facilmente identificabile, punti raggruppati, verso il basso

Nelle diagramma si possono inserire due assi perpendicolari che rappresentano i valori medi (o mediani) in modo tale da identificare quattro quadranti che possono aiutare a interpretare e meglio identificare cluster di soggetti o situazioni che possono essere classificate. Tutto questo dovrebbe portare ad una migliore comprensione e rappresentazione della realtà che spesso appare complessa e difficilmente comprensibile se non ridotta a situazioni informative semplificate.



Fig. 22: Diagramma con aree derivanti dall'intersecazione delle medie



CONCLUSIONI

Gli strumenti qui presentati possono essere facilmente appresi e utilizzati nei percorsi di miglioramento continuo della qualità. La rappresentazione dei fenomeni e dei problemi è di fondamentale importanza per poter comprendere le situazioni e individuare le possibili soluzioni durante le attività di riorganizzazione.

Gli strumenti possono essere facilmente informatizzati ed alcuni di loro utilizzati attraverso un monitoraggio anche in real time delle variazioni dei parametri in considerazione. Nell'epoca internet questa possibilità è alla portata di tutti e potrà facilitare di molto la lettura delle organizzazioni ed il loro funzionamento.

BIBLIOGRAFIA

- A. Galgano "I sette strumenti manageriali della qualità totale". Il sole 24 ore sanità. Seconda ristampa gennaio 2002
- A. Galgano "I sette strumenti della qualità totale". Il sole 24 ore sanità. Terza ristampa maggio 2001
- Ackoff R. L., The Art of Problem Solving, J. Wiley & Sons, New York 1978
- Atti del Seminar and Plant Tour to Study Productivity of Japanese Industry The Cambridge Corporation, Tokyo 1987
- Bhote K, World Class Qualità. Il Sole 24 Ore libri, Milano 1992
- Bird M., Problem Solving Techniques that Really Work, Piatkus, London 1992
- Blackett P. M. S., Studies of War, Oliver & Boyd, Edinburgh e London, 1962
- Bryant A, Problem Management, A Guide far Producers and Players, J. Wiley & Sons, NewYork 1989
- C.A. Aubrey II;P.K.Felkins "Teamwork gruppi di miglioramento in azione". Editoriale Itaca 1994

- Chauvel A M., Risolvere un problema. Editoriale Itaca, Milano 1993
- Chauvel A.M. "risolvere un problema". Editoriale Itaca
- Checkland P., Systems Thinking, Systems Approach, J. Wiley & Sons, London 1981
- Conti T., Costruire la Qualità Totale. Sperling & Kupfer, Milano 1992
- Couard R, La Qualità Totale. Franco Angeli, Milano 1991
- De Risi P., "Dizionario della qualità". Il sole 24 ore 2001
- Fox W. M., Effective Group Problem Solving, Jossey-Bass, S. Francisco 1987
- Greenfield W. M., Solve Your Own Business Problem, Prentice Hall, Englewood
- Imai M."Kaizen". La strategia giapponese per il miglioramento. Il sole 24 ore sanità 1996
- King B., Hoshin Planning the Developmental Approach. Goal/QPC, 1989
- Kuhn R. C., Handbook for Creative and Innovative Managers, McGraw-Hill, New York,1976.
- La comunicazione multimediale. Il Sole 24 Ore Libri, 1991
- Laigh A, Decisioni, decisioni!Franco Angeli, Milano 1993
- M.Brusoni "Il miglioramento della qualità dei servi sanitari: principi e metodi". Promopharma
- Margerison C.J., Managerial problem solving. McGraw Hill, London 1974
- Masaaki I., Kaizen and TQC as Coryorate Strategy: Kaizen Problem-Solving Tools
- Mitonneau H., Changer le management de la Qualité: sept nouveaux outils, Afnor Gestion, Paris 1989
- Miyauchi I., Supplemental 7 QC Tools, Juse, Tokyo, 1985
- Mizuno S. (a cura di), Management for Quality Improvement. The 7 New Qc Tools, Productivity Press, Cambridge 1988
- Multimedia e comunicazione d'impresa. Sperling & Kupfer, 1997
- Nayatani Y., The 7 Management Tools and its Applications, Atti della International Conference on Quality Control, Juse, Tokyo 1987
- Osborn A F., L'arte della creatività. Principi e procedure di Creative Problem solving Milano 1992, 6° edizione
- P.Morosini; F.Perraro "Enciclopedia della gestione di qualità in Sanità". Il pensiero Scientifico Editore 1999
- Prince G. M., The Art of Creativity, Harper & Row, New York 1970
- Reports of Statistical Application Research, Numero Speciale: Seven Management
- Toolsfor QC, vol. 33, n. 2, Juse, Tokyo, giugno 1986
- Wallas G., Art of Thought, Hartcourt-Brace, New York 1926
- Wason P. C., Johnson Laird P. N., Thinking and Reasoning, Penguin, London 1968
- Wertheimer M., Il pensiero produttivo, Giunti Barbéra, Firenze 1965
- Zingales M., L'organizzazione della creatività, Cappelli Editore, Bologna 1974



PRINCIPI DI PROJECT MANAGEMENT

Elisabetta Simeoni ¹⁾, Giovanni Serpelloni ²⁾,

1. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Il Project management consta di un insieme di tecniche e strumenti di gestione sviluppati a partire dalla II guerra mondiale negli Stati Uniti d'America e poi sperimentate a partire dagli anni 50 per progetti militari e per la realizzazione di opere infrastrutturali. Questo sistema utilizza ed applica conoscenze di tipo ingegneristico per la semplificazione di attività lavorative particolarmente complesse che richiedono la contemporanea partecipazione di professionalità, conoscenze e tecnologie anche fortemente diversificate.

Queste nuove tecniche e strumenti presi "a prestito" dal mondo imprenditoriale si stanno sviluppando in ambito sanitario soprattutto grazie al cambiamento rappresentato dal processo di aziendalizzazione.

Il Management viene definito classicamente come un "operare con le risorse umane, finanziarie e fisiche per raggiungere gli obiettivi dell'organizzazione svolgendo funzioni di pianificazione, organizzazione e controllo" (Meggison 1996). Queste tecniche sono state poi introdotte, dalla seconda metà degli anni ottanta prima nella Pubblica Amministrazione e quindi in ambito specifico sanitario.

Il project management rappresenta un esempio di struttura organizzativa ad hoc (finalizzata al raggiungimento di un risultato) che presuppone l'esistenza di un obiettivo prestabilito, affidato ad un preciso responsabile, da raggiungere in un tempo definito e con risorse di entità limitata mediante un piano di intervento prestabilito.

Frasi di uso comune che rappresentano una logica opposta alla logica utilizzata nel Project Management sono "Non era un problema mio! C'era un capo che poteva dirmi come fare. Nel mio mansionario non è prevista questa responsabilità. E poi, cosa ci guadagno a fare ciò che non mi viene richiesto".

Il project management è un sistema di gestione dei risultati (Miscia 1994) basata su tre elementi fondamentali:

1. esplicitazione di responsabilità;
2. adozione di sistemi di pianificazione e controllo;
3. istituzione di un team di progetto.

La gestione per progetti rappresenta un sistema di gestione fortemente orientato ai risultati che offre risposte ai problemi che oggi esistono nelle aziende sanitarie e che dipendono dalla crisi dei processi produttivi, dalla crisi dei sistemi di gestione, di organizzazione e dalla nuova visione della organizzazione del lavoro che punta alla valorizzazione della funzione e dei risultati. Siamo ora dinanzi ad un'organizzazione non più basata sulla cultura del ruolo (ripetività, prevedibilità e prescrittività), ma su una cultura del compito dove le parole chiave sono: imprevedibilità, ampiezza decisionale basata e finalizzata al controllo del risultato ed alla gestione del cambiamento (Pintus 2000)

Con una prima definizione potremmo definire il *progetto* come: “un insieme di persone e di altre risorse temporaneamente riunite per raggiungere uno specifico obiettivo, di solito con un budget ben definito e predeterminato entro un periodo prestabilito”.

L'introduzione di logiche di Project Management richiede un'analisi molto attenta sia dell'ambiente interno dell'azienda sanitaria (i processi di produzione dei servizi di salute) sia dell'ambiente esterno (indicatori di risultato, indicatori di qualità del servizio reso, valutazione degli utenti etc.), obbliga ad una “visione” diffusa delle varie attività e l'implementazione dei meccanismi di controllo manageriale che appaiono indispensabili per governare la transizione introdotta con le nuove regole. Gli obiettivi che con il project management si intendono raggiungere devono essere pianificati, cioè coerenti con la mission e la vision aziendali.

L'idea di “Progetto” può nascere:

1. dalla rilevazione di un problema a cui si vuol tentare di dare una soluzione;
2. da un'idea innovativa che qualcuno propone, ritenuta utile e generatrice di benefici.

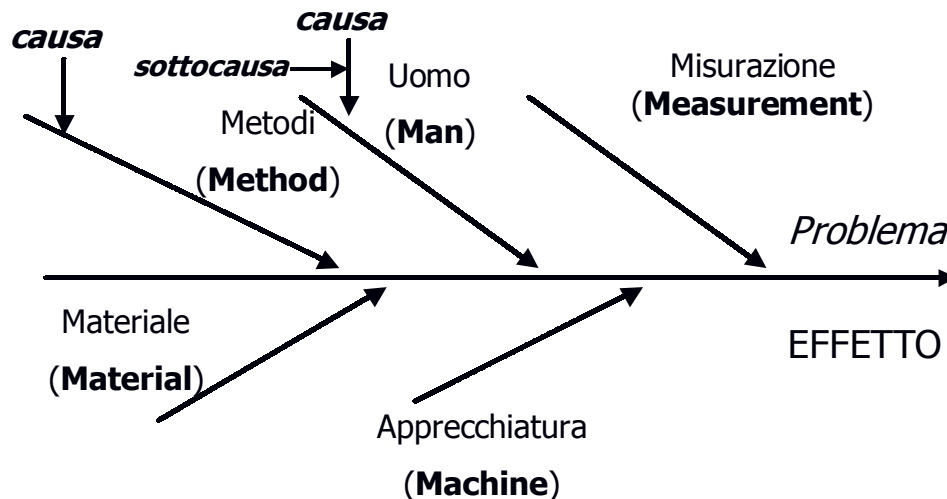
Quindi azioni preliminari alla stesura del progetto sono in successione:

1. Analisi dei problemi;
2. Analisi degli obiettivi e dei risultati da raggiungere;
3. Analisi delle strategie e del piano strategico di intervento per la realizzazione dell'obiettivo.

Uno strumento che può essere utilizzato in questa prima fase di analisi dei problemi è il *diagramma causa effetto* meglio conosciuto come diagramma di Ishikawa o diagramma delle cinque “emme” (*method, man, measurement, material, machine*). Questo strumento aiuta il team di progetto ad identificare le cause e le sottocause che conducono a problemi o effetti specifici.



Fig. 1: Esempio di diagramma causa effetto (Diagramma di Ishikawa)



Programma, progetto, compito

Si ritiene necessario prima di introdurre la trattazione di logiche di project management riportare la definizione di tre nozioni fondamentali che spesso vengono utilizzate come sinonimi, ma che in realtà hanno significati molto diversi tra di loro. Nonostante esistano più definizioni di "progetto" (a cui si rimanda nel paragrafo successivo), la definizione che viene utilizzata dalla maggior parte degli esperti in materia è che per progetto si intenda "uno sforzo complesso, di regola di durata inferiore ai tre anni comportante compiti interrelati eseguiti da varie organizzazioni, con obiettivi, schedulazioni e budget ben definiti" (Archibald 1994). Si ritiene opportuno accennare anche ad altre definizioni di azioni semplici o combinate che diversificano dall'idea di progetto:

1. Il "Programma" è un'iniziativa a lungo termine, di norma implicante più di un progetto.
2. Il "Compito" è uno sforzo a breve termine (dai tre ai sei mesi) eseguito da una organizzazione, che insieme ad altri compiti, può costruire un progetto.
3. Il "Processo" è un insieme di attività, svolte in sequenza e/o in parallelo, che partendo da un dato input permettono di raggiungere un determinato output (Biffi, Becchiari 1998).

DEFINIZIONI

La definizione di progetto può trovare esplicitazioni diverse, ma si basa su elementi ed indicatori ben definiti.

Le più comuni definizioni sono quelle di seguito riportate:

- È un sistema che tende a raggiungere gli obiettivi pianificati in correlazione a processi di pianificazione e controllo delle risorse con vincoli di tempo/costi/qualità, è sforzo complesso, insieme di attività interrelate-finalizzate a proseguire determinati obiettivi.
- È uno sforzo complesso, di regola di durata inferiore ai tre anni, comportante compiti interrelati eseguiti da varie organizzazioni, con obiettivi, schedulazione e budget ben definiti (Archibald 1994).

- È un insieme di sforzi coordinati nel tempo (Kerzner 1995).
- È un insieme di persone e di altre risorse temporaneamente riunite per raggiungere uno specifico obiettivo, di solito con un budget ben predeterminato ed entro un periodo stabilito (Graham 1990).
- “È uno sforzo temporaneo intrapreso per creare un prodotto o un servizio unico (PMI,1996).

Tutte le definizioni sopra esposte possono rispondere correttamente all'esposizione della natura di questo approccio.

Sinteticamente le caratteristiche comuni alle definizioni sopra esposte potrebbero essere elencate nel modo seguente:

1. Attività non ripetitiva.
2. Attività finalizzata al raggiungimento di un obiettivo.
3. Attività con obiettivo chiaro preciso e ben definito coerenti con la mission e la vision aziendale.
4. Attività con obiettivo da raggiungersi in un periodo di tempo predichiarato. La gestione per progetto infatti, deve riguardare un periodo compreso tra 1 e 2/3 anni. Rispetto a tempi più brevi sarebbe difficile fare programmazione, e rispetto a tempi più lunghi si perderebbe l'incisività propria delle logiche di progetto. Il progetto ha tempi e meccanismi di prevedibilità ben definiti perciò sarebbe molto difficile prevedere e programmare il suo sviluppo per un tempo superiore ai 3 anni.
5. Attività con obiettivi e risultati con rispetto di un budget di progetto prefissato.

Prendendo come esempio la nozione sopra esposta riportata da Archibald (1994), è necessario esplicitare il significato di: *“sforzo complesso” ed “insieme di attività interrelate – finalizzate a perseguire determinati obiettivi”*.

Un progetto è sforzo complesso perché:

1. richiede azioni differenti;
2. persone e composizioni organizzative differenti;
3. c'è unicità dell'azione (nel senso che la logica di progetto si ha quando si affronta un problema nuovo che si presenta nello scenario dell'organizzazione). Il progetto non deve basarsi su meccanismi già standardizzati in quanto deve rappresentare innovazione.

Un progetto è *sforzo complesso di attività interrelate-finalizzate* a perseguire determinati obiettivi perché:

1. La gestione per progetto richiede azioni che abbiano una coerenza e consequenzialità.
2. L'insieme delle azioni richiede una omogeneità complessiva. L'azione deve essere coerente. Le azioni devono essere necessarie e coerenti al raggiungimento degli obiettivi prestabiliti.

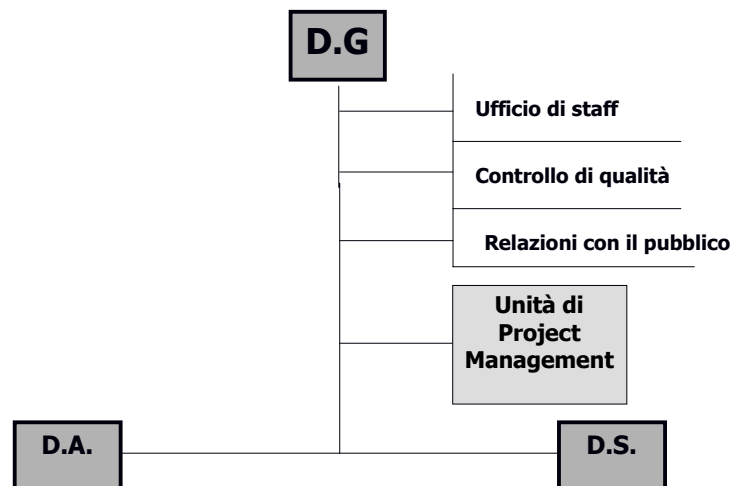


La struttura organizzativa ed i diversi modelli di design organizzativo

A seconda della collocazione dell'unità operativa di progetto all'interno dell'azienda possono essere conseguiti diversi risultati.

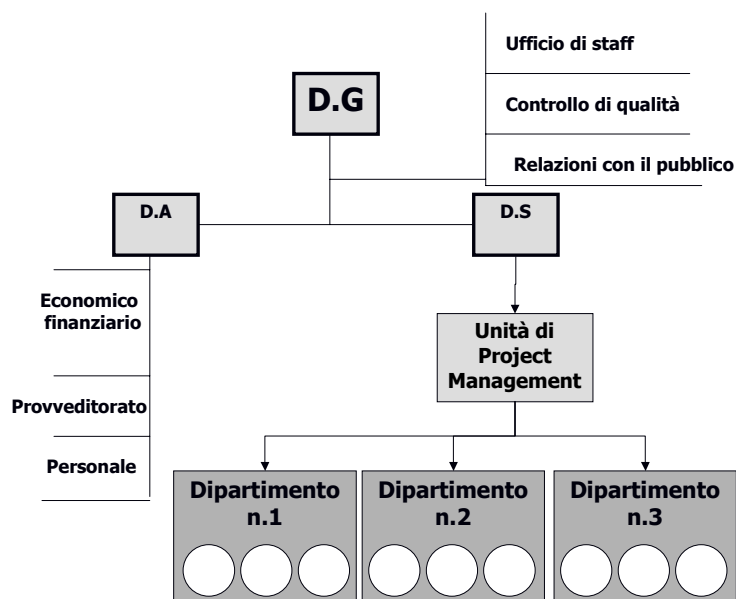
Modello n. 1

In questo modello l'area progetti è posta in staff della direzione generale e assume un ruolo tecnico/strategico più che operativo e di fatto non favorisce lo sviluppo di competenze specifiche come nel modello 1.



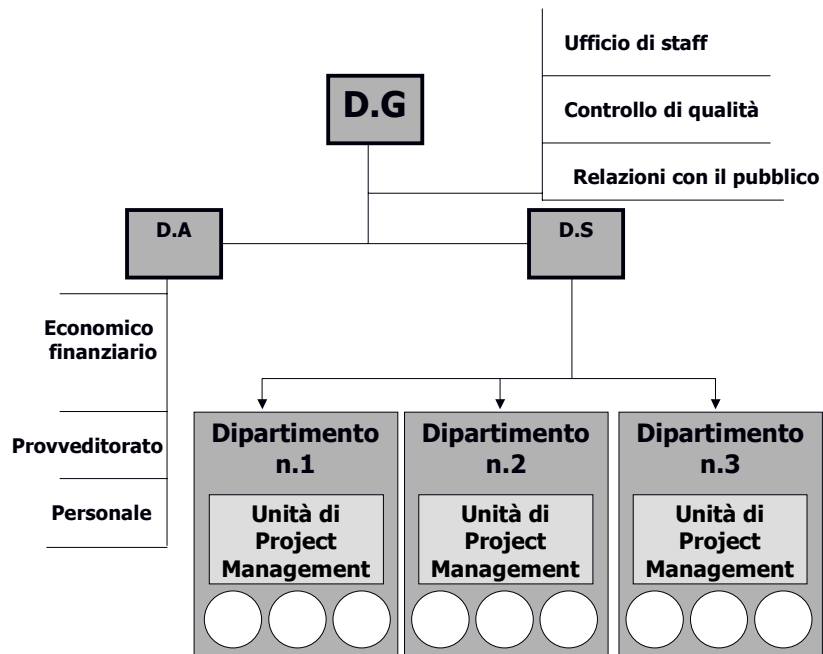
Modello n. 2

In questo modello l'esistenza di un *area organizzativa per progetti* viene formalizzata nell'organizzazione aziendale collegata alla direzione sanitaria e permette nel suo interno lo sviluppo di competenze specifiche (controller di progetto, responsabili di team building, Project Manager). In questo caso il compito assume orientamenti più specialistici in campo sanitario per il governo delle attività di progetto dei vari dipartimenti.



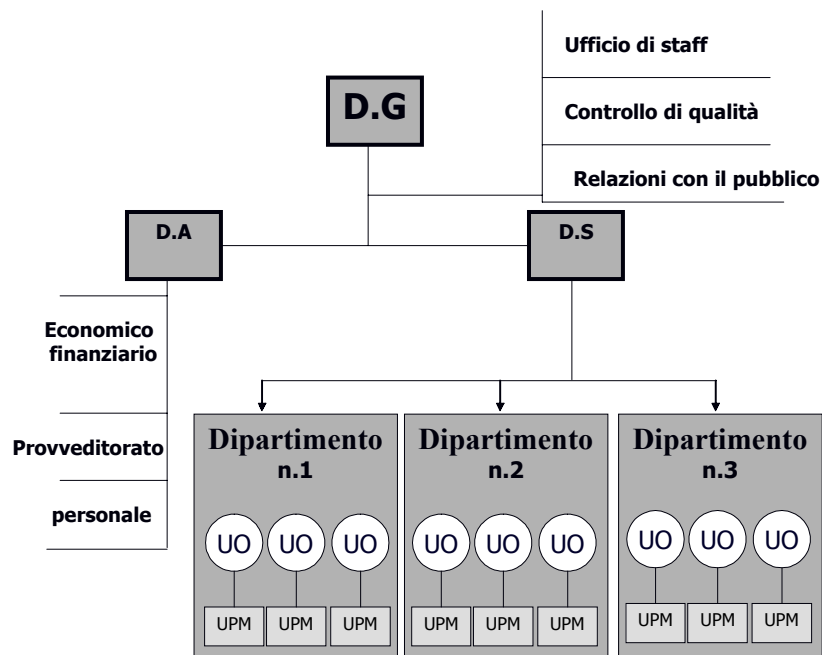
Modello n. 3

Questo modello enfatizza il decentramento organizzativo, consentendo anche economie di scala delle varie unità operative, in quanto l'unità di progetto ne ricomprende al suo interno un certo numero che sono aggregate da finalità specifiche.



Modello n. 4

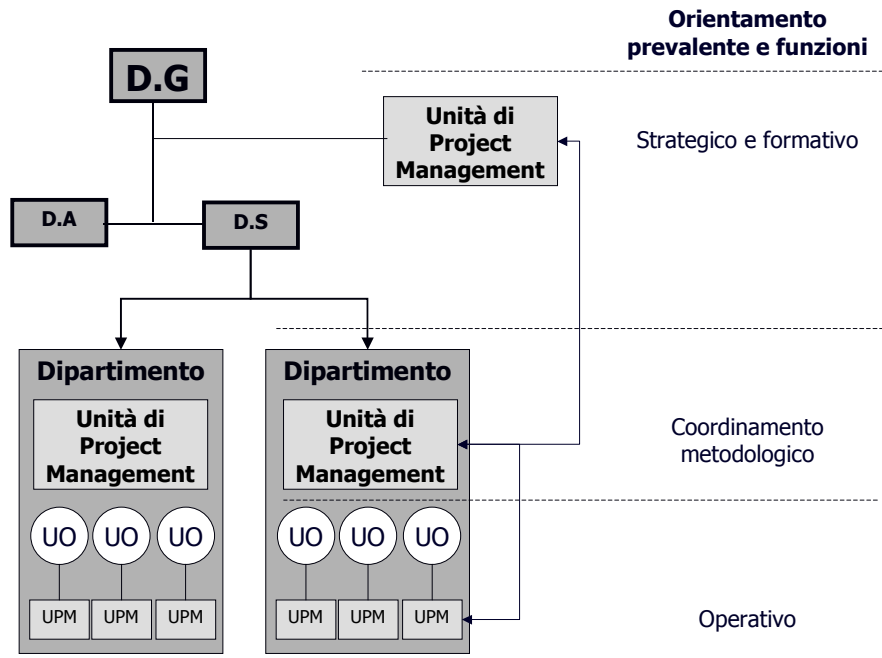
Prevede un marcato decentramento e l'attivazione di una unità organizzativa di progetto a livello di singola unità operativa.





Modello n. 5

Prevede vari livelli di UPM con funzioni diversificate ma coordinate verticalmente ed un insieme di UPM specializzate nel project management ma anche nella formazione degli operatori e nella operatività.



CONCETTI BASE DEL PROJECT MANAGEMENT

I concetti base su cui si basa un approccio di project management sono:

1. Esplicitazione delle responsabilità: nella stesura di progetto devono essere indicate chiaramente le responsabilità di ogni singola figura coinvolta nel progetto. Il progetto è come un puzzle nel quale ogni figura ha un compito specifico che insieme agli altri attribuiti ad altre figure vanno a realizzare un obiettivo specifico. Se un compito non viene realizzato necessariamente la non azione si ripercuoterà sull'intero andamento del progetto.
2. Adozione di sistemi di pianificazione e controllo. Il progetto deve essere pianificato, cioè devono essere definite le attività da svolgere, le modalità con cui queste devono essere svolte, la ripartizione delle risorse nelle varie attività, la tempificazione ed i costi associati. Inoltre tali attività devono essere monitorate nel corso del progetto per evidenziarne possibili scostamenti, intervenendo con eventuali azioni correttive.
3. Istituzione di un team building di progetto.

Il committente di progetto

Il committente di un progetto di ricerca/intervento può essere sia interno (Direttore Generale), sia esterno (Regione, Ministero, Commissione Europea).

Diversamente da come accadeva negli anni passati, dove spiccava la complessità nella stesura di progetti per la Commissione Europea, oggi le regole nella compilazione e nella modalità di sviluppo di un progetto sono molti simili. Le schede di bando di progetto possono essere diversificate tra loro ma le notizie richieste sono più o meno le stesse.

La figura principale nello sviluppo di un progetto è il *Project Manager*. Egli è il responsabile formale del progetto nel suo complesso e deve garantire che il risultato finale sia realizzato in coerenza con i costi, i tempi e la qualità definiti inizialmente.

Il ruolo di Project Manager si differenzia nettamente dai più tradizionali ruoli aziendali che intervengono all'interno dei processi lavorativi tramite l'uso dell'autorità formale.

Il suo ruolo si fonda sull'autorevolezza derivata dalle sue competenze e richiede uno stile di direzione orientato alle relazioni sociali cioè alla costruzione ed al mantenimento di buone relazioni interpersonali sia nei confronti del team di progetto che degli altri attori organizzativi. (E. Baglieri et al. 1999).

Obiettivi principali che questa figura deve realizzare sono:

1. realizzare il risultato finale del progetto;
2. conseguire obiettivi economici del progetto;
3. avvertire i superiori (committenti) per difficoltà non superabili riscontrate in corso di progetto;
4. adottare/far prendere le decisioni più opportune per gli obiettivi del progetto;
5. chiudere il progetto se gli obiettivi non possono essere realizzati.

Per essere nominato Project Manager si rende necessaria una legittimazione formale del suo ruolo tramite un incarico preciso. Il Project Manager dovrà in questa fase dimostrare di saper dialogare e negoziare il proprio incarico con il committente del progetto. Da questo momento in poi non ci dovranno essere intromissioni sulle scelte del Project Manager riguardanti lo sviluppo del progetto. Il Project Manager verrà valutato sulla base dei risultati che ha raggiunto o sugli indici di valutazione intermedi. Uno dei meccanismi di valutazione del progetto da parte del committente riguarderà l'aspetto economico che non deve essere difforme dalla previsione ex-ante predefinita. Nel caso in cui il progetto fallisca il committente valuterà se gli elementi di difficoltà del progetto dipendono o meno dal Project Manager. Il Project Manager deve inoltre possedere una serie di competenze particolari soprattutto sulla gestione del personale, sui sistemi di programmazione e controllo delle attività e sull'uso dei sistemi informativi.

CAUSE TIPICHE DI ELEMENTI DI DIFFICOLTÀ DEL PROGETTO

Spesso nell'esperienza quotidiana si è assistito al fallimento di progetti.

Le cause di fallimento evidenziate sono nella maggior parte dei casi da attribuirsi a:

- capo progetto fantasma;
- gruppo progetto povero di risorse o carente di alcune delle competenze tecniche e specializzate necessarie (la responsabilità è del capo progetto);
- cattiva definizione iniziale degli obiettivi dei tempi e dei metodi (la responsabilità è del capo progetto);
- membri del gruppo di progetto distratti da altri obiettivi;
- orientamento troppo "tecnicistico";
- variazioni del contesto durante lo svolgimento del progetto (la responsabilità non dipendono dal capoprogetto);
- sintomi di questi fallimenti sono stati evidenziati soprattutto quando i progetti:
- non hanno rispettato i tempi;
- sono morti per strada;
- sono costati molto più del previsto (tempi/costi/qualità);
- hanno prodotto risultati poveri;



- hanno prodotto risultati che sono stati rifiutati dal committente perché diversi da quelli predichiarati in fase di pianificazione;
- hanno prodotto risposte “molto apprezzate” ma mai attuate (questo il caso dei progetti cosiddetti “politici”).

Un esempio classico di progetto utilizzato in sanità che ha avuto esiti per la maggior parte negativi era il ricorso al Progetto Obiettivo. La maggior parte di essi è fallita perché si basavano su una logica opposta a quella necessaria e fondamentale per un approccio di project management cioè gli obiettivi venivano aggiunti ex-post e non ex-ante. Essi aggiungevano in continuazione nuovi elementi e nuove azioni.

CICLO DI VITA DI UN PROGETTO

Esistono molte versioni che riguardano le fasi che compongono il ciclo di vita di un progetto. In termini generali potremmo dire che in un progetto possono essere distinte 3 macrofasi (PMI, 1996).

1. fase iniziale;
2. fase intermedia;
3. fase finale.

Le più moderne concezioni del ciclo di vita di un progetto si attestano ad evidenziarne le fasi secondo lo schema di seguito riportato.

Tab. 1: Ciclo di vita di un progetto

N°	FASE	ATTIVITÀ
1	IDEAZIONE	Analisi preventiva Studio di fattibilità Decisione
2	IMPOSTAZIONE	Progettazione/pianificazione
3	IMPLEMENTAZIONE	Realizzazione/sviluppo
4	VALUTAZIONE	Test di risultato
5	CAPITALIZZAZIONE	Ingegnerizzazione

Fase di concetto (I fase del ciclo di vita del progetto)

Nasce un problema, vengono fatte scelte strategiche, si richiede un bisogno di intervento per risolvere un problema.

Fase di definizione (II fase del ciclo di vita del progetto)

Fase in cui viene fatto lo studio di fattibilità o il progetto di massima o progetto iniziale. In questa fase si ha già un'idea se quest'attività potranno essere portate avanti con il progetto. Avviene anche la negoziazione tra il Project Manager ed il committente.

Fase di impostazione (III fase del ciclo di vita del progetto)

Fase tecnica in cui il progetto viene posto in essere dal punto di vista tecnico. Si costruisce a tavolino il progetto. Fase non attuativa, ma virtuale. Si può ancora decidere se ci sono elementi necessari a svolgere il progetto. Questa è una fase molto importante in quanto si può ancora capire se questo insieme di azioni andrà a buon fine. Nella fase di impostazione del progetto si ha la strutturazione di un progetto.

Per strutturare un progetto vi è la necessità di descrivere in modo chiaro e ben definito alcune caratteristiche generali dell'intervento che si vuole andare a proporre. Per fare ciò la descrittiva di progetto deve essere suddivisa per singoli argomenti. Le descrizioni devono comprendere:

- A. TITOLO
- B. OBIETTIVO GENERALE
- C. SOTTOPROGETTI O OBIETTIVI SPECIFICI
- D. AZIONI SPECIFICHE DEI SOTTOPROGETTI O OBIETTIVI SPECIFICI
- E. CONDIZIONI ORGANIZZATIVE
- F. INDICATORI DI RISULTATO

A) È necessario innanzitutto dare al progetto un'identificazione generale: nel titolo devono essere collocate due o tre parole che diano un'idea del reale contenuto del progetto. Il titolo rappresenta uno degli elementi più importanti per la compilazione di una descrittiva di progetto. Il valutatore o la commissione valutatrice dal titolo dovrebbero già identificare la tipologia di intervento che vuole essere proposta. Titoli troppo lunghi e poco chiari disincentivano a priori il lettore. Solitamente alla fine del titolo vengono apposte tra parentesi alcune cifre identificative di progetto che verranno poi utilizzate, nel caso in cui il progetto venga accettato, in fase amministrativa per l'identificazione precoce. Es: titolo progetto "Piano di formazione integrata per gli operatori del pubblico e del privato sociale (PFT 2001)".

B) L'obiettivo generale deve essere chiaro, semplice e condiviso.

C) I sottoprogetti o "obiettivi specifici" sono i veri ambiti di attenzione specifica, cioè spazi che portano alla finalità del progetto ed ai punti di valutazione.

D) Le "azioni specifiche" dei sottoprogetti (o degli obiettivi specifici) sono un insieme di atti che portano al raggiungimento di quell'obiettivo.

E) Le condizioni organizzative sono gli elementi che identificano per ogni progetto le risorse economiche, umane, logistiche, le caratteristiche specifiche di ogni professionalità richiesta.

Quindi uno schema di sviluppo di un sottoprogetto potrebbe essere il seguente.

Tab. 2: Sottoprogetto o Azione specifica n. 1

AZIONI	PERSONE	RISORSE ECONOMICHE	RISORSE LOGISTICHE	PROFESSIONALITÀ RICHIESTA	TEMPO
1					
2					
3					



F) Indicatori di risultato: cioè elementi di verifica. Se in un progetto mancano gli indicatori di risultato significa che non si è davanti ad un progetto ma solo ad una programmazione. Gli indicatori di risultato sono quantitativi e qualitativi e devono essere stabiliti ex-ante. Inoltre deve essere specificato chi sarà il valutatore.

È necessario costruire gli indicatori solo se ci sono dei meccanismi di confronto.

Gli indicatori possono essere: diretti ed indiretti (si rimanda al capitolo sulla valutazione ex-ante ed ex-post dei progetti).

Fase di implementazione (IV fase del ciclo di vita del progetto)

4) Fase di implementazione: questa è una fase vera e propria del progetto. Qui trovano spazio forte strumenti come: gestione del personale, sistema di reporting, sistema di information technology.

La fase di implementazione si attua e va avanti se ha buoni strumenti di gestione.

Fase di valutazione (V fase del ciclo di vita del progetto)

5) Fase in cui è possibile vedere tra il fenomeno reale e quanto era stato stabilito a tavolino è andato tutto bene o ci sono degli scostamenti.

Fase di capitalizzazione (VI fase del ciclo di vita del progetto)

6) Questa fase non da tutti è considerata ma è una fase molto importante nel ciclo di vita del progetto in quanto da questa i risultati ottenuti dal progetto possono diventare stabili e produrre reddito. Oltre quindi agli indicatori di risultato si possono mettere i meccanismi di capitalizzazione. I meccanismi di capitalizzazione dello sforzo fatto sono molto importanti. Dopo la fase di verifica, il progetto è ultimato ma è necessario fare in modo che il meccanismo non diventi desueto e quindi vengono utilizzati i meccanismi di capitalizzazione. È la fase che dà forza e valore all'investimento. È necessario che tutto quello che era finalità del progetto diventi meccanismo routinario dell'organizzazione.

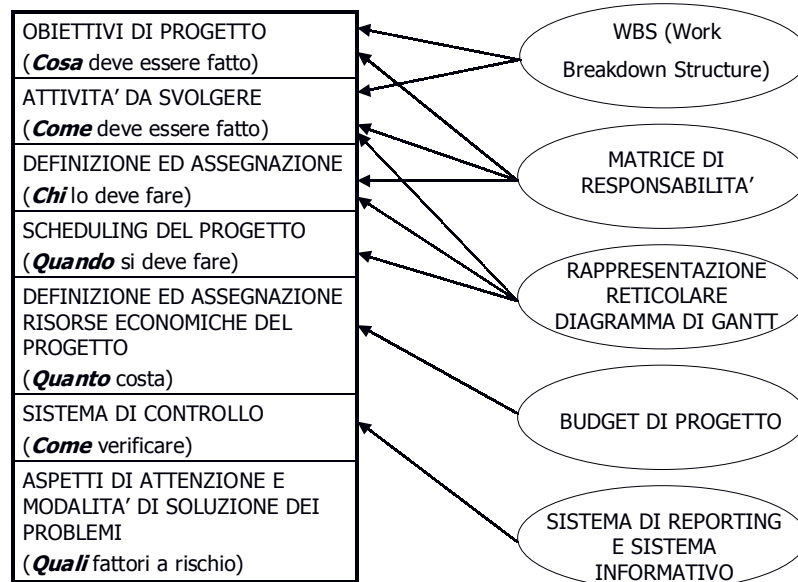
Dopo avere esaminato il ciclo di vita di un progetto è necessario affermare che il progetto deve avere a supporto una serie di regole poste dal Project Manager per lo sviluppo del progetto che si basano su meccanismi di credibilità.

Per esempio in America o in Germania una regola stabilita nello sviluppo di qualsiasi lavoro a progetto è la puntualità d'orario di inizio e di termine delle varie riunioni fissate. Questo significa che tutti sanno che se una riunione è stata fissata per una determinata ora, nessuno arriverà nemmeno un minuto in ritardo perché sa già che troverebbe la porta del luogo ove viene svolta la riunione chiusa a chiave. Inoltre tutti i partecipanti alla riunione riescono a programmare in modo esatto il loro tempo in quanto l'orario di fine riunione è fissato rigidamente.

PIANO DI PROGETTO, TECNICHE E SISTEMI DI SUPPORTO

Uno dei compiti base di un Project Manager è definire il "POP" (Piano Operativo di Progetto) cioè "come possono essere realizzati gli obiettivi del progetto, considerando che le risorse disponibili sono limitate nel tempo, nella quantità e nella tipologia" (Amelotti, Valcalda, 1998).

Fig. 2: Il piano di progetto (E. Baglieri et al. 1999)



Obiettivi di progetto

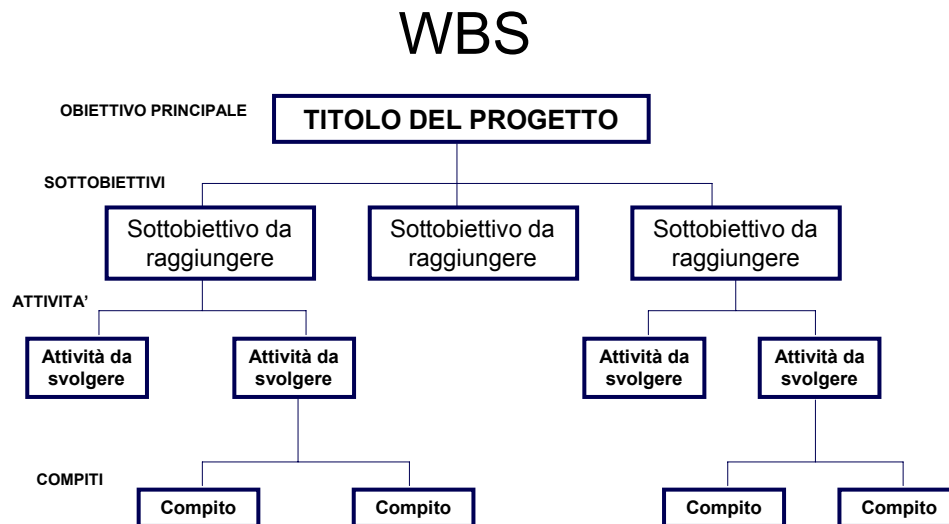
La definizione degli obiettivi di progetto rappresenta una dettagliata descrittiva sul “cosa deve essere fatto”. In questa fase devono essere descritti:

1. Un elenco degli obiettivi.
2. Quali risultati debbono essere raggiunti.
3. Prodotti fisici e/o di contenuto.

Utile tecnica di supporto in questa fase di analisi può essere la “WBS” (Work Breakdown Structure). La WBS è una forma di scomposizione strutturata di progetto utile nella fase di definizione degli obiettivi e delle attività. Essa può assumere forme ed avere contenuti diversi e disparati (Globerson 1994). La WBS si configura come tecnica attraverso la quale si definisce il lavoro da svolgere all'interno di un progetto. Il progetto viene scomposto in sottosistemi più piccoli fino all'individuazione di pacchetti di attività sufficientemente significativi e quindi identificabili e quantificabili.



Fig. 3: Esempio di WBS

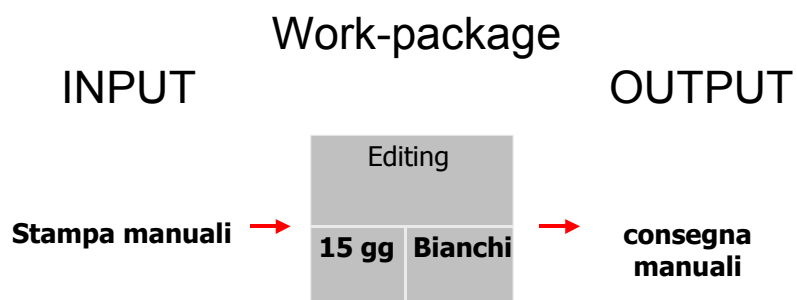


Obiettivo principale della WBS è individuare pacchetti di lavoro Work Package (WP) in cui risultino definiti gli obiettivi ed i vincoli delle attività, il processo insito nel progetto (input output, - tempi, costi, risorse) e la qualità delle prestazioni. I contenuti dei WP sono

1. Descrizione del lavoro da svolgere.
2. I tempi presunti, i costi da sostenere, le risorse.
3. I responsabili.
4. Gli input richiesti da altri pacchetti di lavoro.
5. I risultati da ottenere: i milestones (traguardi intermedi), i documenti previsti, i risultati di test.

I WP facilitano sia il processo di programmazione che di controllo di progetto.

Fig. 4: Esempio di Work Packages



Attività da svolgere

La seconda fase del piano di progetto consiste nell'indicare quali attività devono essere poste in essere e come le attività da porre in essere devono essere fatte. Strumenti di supporto in questa fase possono essere: La WBS, la matrice compiti responsabilità, le rappresentazioni reticolari (Pert, Gantt).

Matrice compiti responsabilità

La matrice compiti responsabilità è uno strumento di programmazione e controllo delle attività che associa le cose a chi le deve eseguire, sulla base delle effettive competenze, conoscenze e capacità. In sintesi essa indica:

1. Alle persone su cosa saranno attivate nel progetto.
2. Ai responsabili del coordinamento delle attività come comportarsi nel gestire le relazioni e responsabilità delle altre persone coinvolte nella loro attività.
3. Segnala il grado di partecipazione e di importanza di una risorsa nel progetto.

Dentro la matrice compiti/responsabilità è opportuno identificare una persona che all'interno dell'unità operativa abbia la competenza richiesta.

Per i progetti i cui input provengono dall'interno, per identificare la MATRICE COMPITI/RESPONSABILITÀ è necessario:

- Identificare le Unità Operative coinvolte.
- Identificare le responsabilità all'interno delle varie Unità Operative.

La struttura a matrice, per i progetti i cui input provengono dall'interno, è quella che più ci supporta all'interno di un ambiente dinamico e flessibile in un contesto di temporaneità. Ma è una struttura anche molto conflittuale.

In tale struttura si ha il coinvolgimento di varie figure, per le quali è necessario che venga esplicitato ruolo e responsabilità.

Le figure coinvolte sono: Project Manager, Responsabile Funzionale, Responsabile di Workpackage, Direttore Generale (o dirigente superpartes).

Project Manager

Oltre ai compiti ed alle responsabilità esaminate è necessario ribadire che il Project Manager fa la sua programmazione per un tempo ben definito che rappresenta la durata totale del progetto. Il suo obiettivo principale è raggiungere i risultati del progetto cui è stato preposto dal committente.

Il Project Manager è responsabile primo ed ultimo dei risultati del progetto in termini di tempo/costo/qualità.

Il Project Manager si fa aiutare dai sub responsabili che sono i Responsabili di WORK PACKAGE.

Responsabile funzionale

Gli obiettivi del responsabile funzionale sono strettamente legati agli obiettivi dell'Azienda. Il responsabile funzionale ragiona e programma la sua attività nell'arco dei dodici mesi, è responsabile della qualità tecnica del progetto, approva e negozia con il Project Manager i piani di supporto al progetto.



Responsabile di work package

Gli attori esaminati non bastano, servono anche altre persone. Infatti ogni volta che si interseca la responsabilità funzionale con quella di progetto vi è la necessità di identificare un pacchetto di attività (WORK PACKAGE), e all'interno di questo anche un responsabile che si assuma la responsabilità di questo pacchetto di attività cioè il Responsabile di Work package (Work Package manager).

I WP Manager sono i responsabili del singolo pacchetto di attività in termini di tempo/costo/qualità.

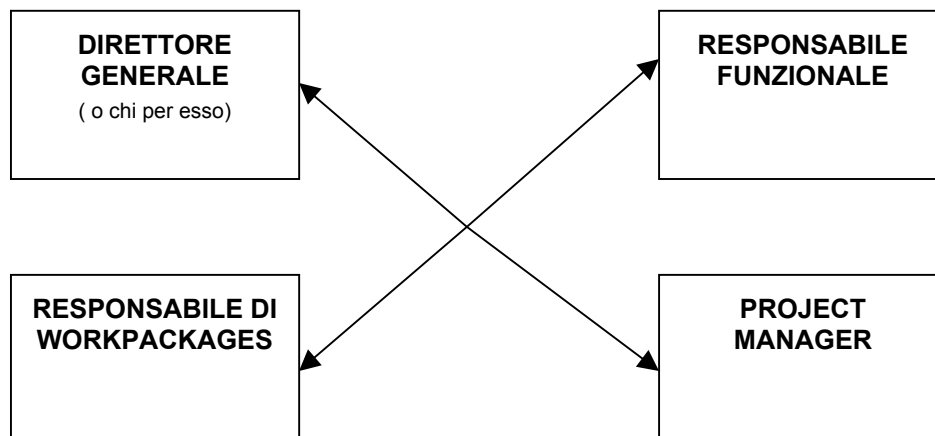
Il WP Manager è colui che deve programmare in maniera analitica (in termini di tempi e di costi) il singolo pacchetto di attività. Egli è responsabile della realizzazione di questo traguardo intermedio (rappresentato dal pacchetto di attività). Egli coordinerà eventuali risorse specialistiche differenti che provengono dalla stessa unità operativa. Al Responsabile di Work Package è richiesta una professionalità specifica.

Direttore generale o figura super partes

Oltre alle figure esaminate vi è la necessità di introdurre una figura super partes che può essere rappresentata dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo o da un'altra figura che all'interno dell'Azienda sia gerarchicamente superiore alle unità coinvolte per esempio un Capo Dipartimento.

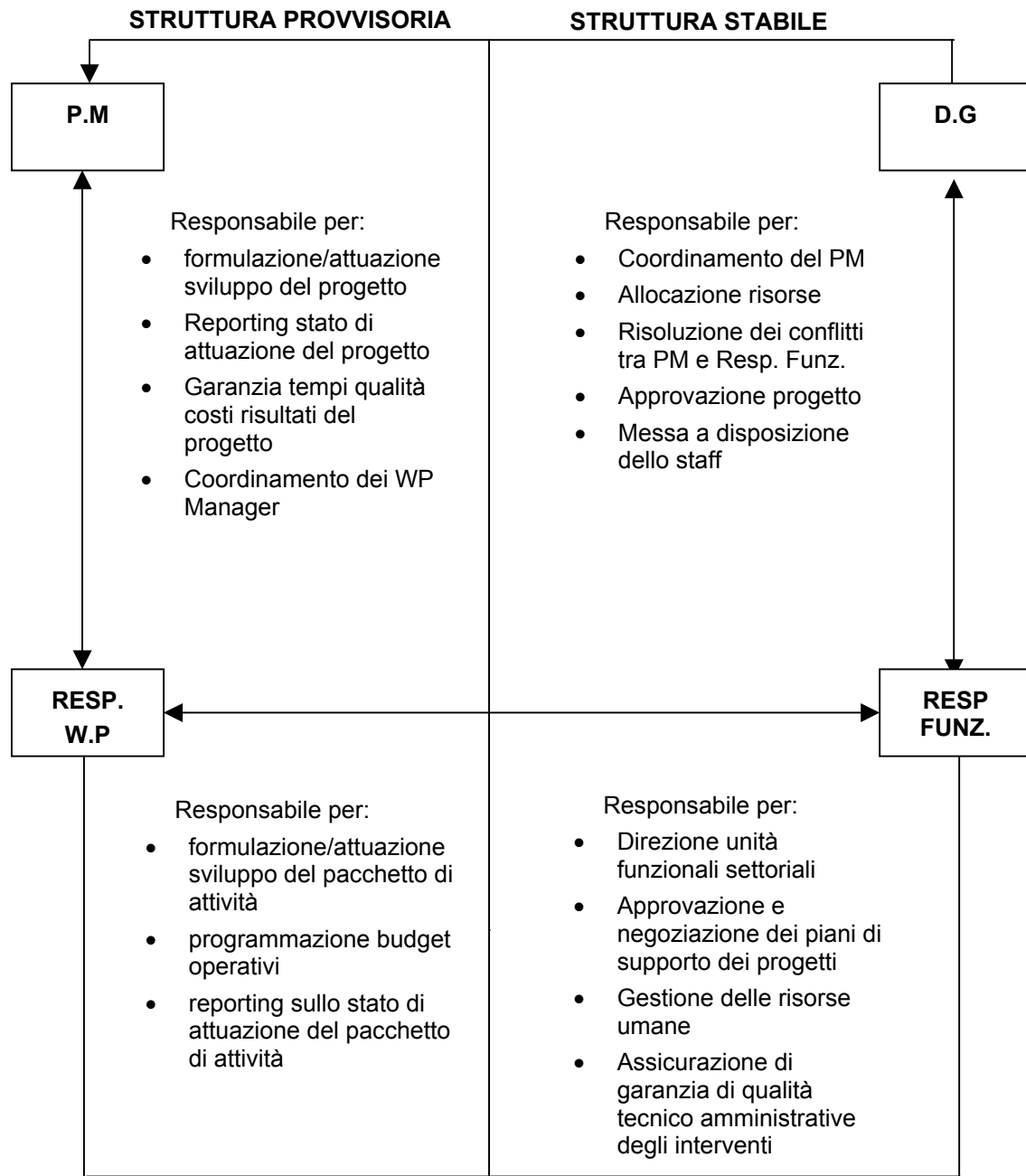
Questa figura è una figura super partes che ha il compito anche di dirimere eventuali conflitti.

Tab. 3: Figure coinvolte in un progetto i cui input provengono dall'interno



Le figure sopra elencate sono collegate tra loro ed interagiscono fra di loro.

Tab. 4: Responsabilità delle figure coinvolte in un progetto



Il risultato della matrice/compito responsabilità è quello riportato nella tabella seguente.

**Tab. 5: Matrice compito/responsabilità**

	UNITÀ OPERATIVA INTERESSATA	RESPONSABILE DEL PACCHETTO DI ATTIVITÀ. RESPONSABILE DI PACCHETTO INTERMEDIO	INDICATORE DI RISULTATO INTERMEDIO	
PACCHETTO DI ATTIVITÀ				INDICATORE FINALE DI PROGETTO

Il mio progetto deve essere misurabile quindi:

- Avrò un indicatore finale di progetto che rappresenta la traduzione quantitativa degli obiettivi del progetto.
- Dovrò identificare anche un output intermedio.

Competenze necessarie

La terza fase del piano di progetto risponde alla domanda “quali competenze e quali conoscenze sono necessarie per lo sviluppo del progetto”. Come già anticipato, utile strumento in questa fase è la matrice compiti/responsabilità.

Definizione e assegnazione

La quarta fase del piano di progetto può dirsi strettamente correlata alla fase precedente in quanto la domanda a cui è necessario rispondere è “chi lo deve fare” ma può essere correlata anche alla fase successiva: Scheduling di progetto. Utili strumenti di supporto oltre alla matrice compiti responsabilità sono le rappresentazioni reticolari.

Scheduling di progetto

Eseguire lo scheduling di progetto significa determinare esattamente i tempi di progetto. Questa attività può essere supportata da strumenti quali il Pert e il Gantt.

Diagramma di Pert

Il Pert (Program Evaluation and Review Technique) o come viene definito in letteratura reticolo CPM (Critical Path Method) è una tecnica di schedulazione che identifica i collegamenti esistenti tra le diverse attività necessarie a completare un certo progetto ed i tempi. Con questa tecnica vengono messi in risalto le attività critiche ed il percorso critico di progetto cioè l'insieme delle attività e degli eventi sequenziali che richiedono il tempo più lungo possibile.

Diagramma di Gantt

Il Diagramma di Gantt (da Henry Gantt) definito anche “diagramma a barre schedulato”, è strumento che fa parte della programmazione reticolare e rappresenta le attività ed i tempi su assi cartesiani. Sull'asse verticale sono rappresentate le attività e sull'asse orizzontale il tempo. Il diagramma di Gantt risulta essere lo strumento più utilizzato sia in fase operativa che in fase di controllo. Esso può essere rappresentato da solo o in collegamento con il diagramma di Pert. Nel diagramma il nodo di inizio (start) ed il nodo di fine (end) vengono rappresentati con simboli

a forma di rombo che indicano attività prive di durata o milestone o attività cardine.

Nel diagramma di Gantt non sono rappresentate le sequenze delle attività: è possibile sapere quando è schedulata la data minima di inizio e di fine di un attività, ma non è possibile sapere da chi dipende un eventuale ritardo o quale attività deve fornire un input all'altra. Un diagramma di Gantt non indica esplicitamente le relazioni e i vincoli di sequenza fra le attività. Per tali motivi è consigliabile associarlo al diagramma di Pert. Infine il diagramma di Gantt oltre a rappresentare il report standard per la pianificazione e schedulazione di progetto, viene impiegato per monitorare e valutare lo stato di avanzamento del progetto in relazione ai tempi delle attività.

A differenza del Pert il diagramma secondo l'impostazione di Gantt, non è possibile evidenziare il cammino critico.

In sintesi la programmazione reticolare è uno strumento che serve per verificare l'interdipendenza funzionale tra le varie attività.

Definizione e assegnazione risorse economiche di progetto

Altra domanda alla quale dobbiamo rispondere nella stesura del piano di progetto è "quanto costa?" Strumento a supporto di questa fase è il budget di progetto.

Budget di progetto

Il budget di progetto equivale al budget operativo di un'unità organizzativa con la sola differenza che copre tutto l'arco del progetto.

Il budget è la traduzione economica dell'assorbimento/consumo di fattori produttivi in materia di:

- risorse umane;
- materiali di consumo;
- consulenze esterne;
- prestazioni /risultati intermedi;

Il Budget di progetto è la sommatoria dei costi di tutti i pacchetti di attività più i costi generali di progetto.

Sistema di controllo

Risulta fondamentale in un piano di progetto indicare quali saranno gli oggetti del controllo. Elementi fondamentali di controllo di progetto sono tempi, costi e qualità. Questi tre elementi vanno attentamente monitorati sia nella fase di programmazione che nella fase di controllo di progetto. La fase del controllo è fondamentale all'interno del progetto soprattutto per capire se i risultati in itinere sono stati raggiunti. I risultati non raggiunti si ripercuotono, anche se fanno parte del singolo pacchetto di attività, sull'intero progetto.

- Qualità: come il raggiungimento del risultato specifico determinato.
- Tempo: come lo svolgimento all'interno dell'intervallo temporale.
- Costi: come il rispetto del budget prefissato.

**Tab. 6: Aspetti di controllo direzionale**

ASPETTI DEL PROGETTO	FASE DI PROGRAMMAZIONE	FASI DI CONTROLLO
TEMPO	Deve essere valutato in anticipo e riportato in un programma	Durante la gestione del progetto, il tempo effettivamente richiesto viene confrontato con il tempo previsto per eventualmente intervenire
COSTO	I costi devono comprendere i costi dell'intero progetto	Nella fase di controllo i costi effettivi sono confrontati con i costi a budget del progetto
QUALITÀ	Il prodotto finale desiderato viene descritto il più dettagliatamente possibile	La qualità viene confrontata con queste specifiche in modo da intraprendere, se necessario, le appropriate azioni correttive

Sistema di reporting e sistema informativo

Validi strumenti di supporto a questa fase sono il sistema di reporting e il sistema informativo, fondamentali per la raccolta e l'elaborazione di dati e il passaggio di informazioni.

Aspetti di attenzione e modalità di soluzione dei problemi

In un'ultima analisi andrebbero definiti quelli che potrebbero essere i fattori di rischio del progetto, sui quali durante lo sviluppo temporale del progetto sarebbe necessario porre una particolare attenzione ed eventualmente intervenire tempestivamente per evitare il blocco del progetto o il blocco di alcune sue fasi. Il caso per esempio di progetti i cui temi possano essere associati a schieramenti politici in cambiamento.

Il team building

Il team di progetto rappresenta l'insieme delle risorse umane, ai diversi livelli di struttura dedicate al progetto e responsabili del raggiungimento dell'obiettivo. La costituzione di un buon team di progetto rappresenta uno degli elementi principali per la buona riuscita del progetto.

Alcuni esperti sono soliti demarcare molto incisivamente la differenza tra il "gruppo" ed il "Team Work". Nel secondo caso vengono identificate un insieme di persone che lavorano in team tra le quali si instaurano legami di tipo lavorativo mentre nel primo caso tra le persone si stabiliscono (o sono già stabiliti prima della costituzione del gruppo) legami operativi o di tipo affettivo.

Il gruppo è un insieme di persone che si percepiscono legate per lo svolgimento di un determinato obiettivo. In entrambi i casi perché sia possibile lavorare in gruppo è necessario che nella fase dell'organizzazione (Coletta 1997):

1. l'obiettivo sia chiaro e specificato e soprattutto che sia condiviso dagli appartenenti del gruppo;
2. vengano definiti gli standard, i metodi e le procedure;
3. vengano attribuiti i ruoli;
4. vengano definiti i controlli;

E nella fase di funzionamento:

1. vengano distribuite e fatte circolare le informazioni;
2. si crei un clima di comprensione e di motivazione;
3. si accetti la critica;
4. si capitalizzino i successi.

Altro elemento fondamentale per la costituzione di un buon team è fondamentale che il gruppo abbia un buon coordinatore. Il coordinatore deve esplicitare l'obiettivo di lavoro, il ruolo e le regole a ciascun componente del team. In breve sintesi il coordinatore dovrebbe:

1. guidare le persone verso l'obiettivo lavorativo e responsabilizzare il team;
2. avere idee chiare sull'obiettivo;
3. definire i ruoli "su chi fa cosa". Per ciò che concerne il "come", può essere buona regola proporre il "come" invitando le persone a proporre altri "come";
4. garantire l'equità nei processi di lavoro;
5. introdurre un sistema di premi e punizioni (naturalmente restando in ambito lecito lavorativo!);
6. comunicare ed esternare fuori dal team le attività intraprese e con cadenze fisse, lo stato di avanzamento lavori ed al termine i risultati raggiunti;
7. essere abile a negoziare ed a gestire i conflitti all'interno ed all'esterno del team.

CONCLUSIONI

La visione sopra esposta non vuole esaurire l'argomento, ma vuol essere incentivo di approccio sia per gli operatori sia per i dirigenti responsabili. Non è necessario introdurre cambiamenti radicali nell'organizzazione quotidiana, ma agire intervenendo in modo graduale nella routine. La fissazione di obiettivi, il raggiungimento di risultati, la responsabilizzazione del personale e la condivisione dei traguardi raggiunti, può essere elemento motivante per il personale operante all'interno dei servizi sia del pubblico che del privato sociale.

BIBLIOGRAFIA

- Airolti G. "L'organizzazione", in Airolti G., Brunetti G. e Coda V., *Lezioni di Economia Aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1989.
- Airolti G., *I sistemi operativi*, Giuffrè, Milano, 1980.
- Amato R., Chiappi R., *Tecniche di Project Management*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- Amelotti L., Valcalda B., *Il ciclo di vita della Gestione dei progetti*, Guerini e Associati, Milano, 1998.
- Archibald R. D., *Managing High-Technology*, Wiley & Sons, New York, 1992.
- Archibald R. D., *Project Management: la gestione di progetti e programmi complessi*, Franco Angeli, Milano, 1994.
- Archibald R.D., *Project Management*, Franco Angeli 1985, Milano
- Baglieri E. et al. "Organizzare e gestire per progetti" Etas 1999
- Bandura A., *Self efficacy*, Freeman, New York, 1997.
- Barkley B.T., Saylor J.H., *Customer-Driven Project Management*, McGraw Hill, New York, 1994.
- Beretta S., *Il controllo organizzativo: alla ricerca di un nuovo paradigma*, in Amigoni F. (a cura di), *Misurazioni d'azienda. Programmazione e controllo*, Giuffrè, Milano, 1995.
- Biffi A., Pasini P., a cura di, *Groupware. Processi di acquisto e di diffusione nelle imprese*, Etas Libri, Milano, 1994.
- Biffi A., Pecchiari N., a cura di, *Process Management e Reengineering. Scelte strategiche, logiche, strumenti realizzativi*, EGEA, Milano, 1998.
- Burke R., *Project Management. Planning and Control*, John Wiley & Sons, New York, 1994.
- Camussone P.F., *Il sistema informativo aziendale*, Etas Libri, Milano, 1998.
- Caron F., Corso A., Guarella F., a cura di, *Project Management in Progress. Aggiornamenti, approfondimenti, tendenze*, Franco Angeli, Milano, 1997.
- Cartwright D., Zander A., *Group Dynamics: Research and Theory*, Harper, New York, 1960.
- Costa G., *Manuale di gestione del personale*, vol.2. UTET, Torino, 1992.
- Cusumano M.A., Nobeoka K., *Thinking beyond Lean*, The Free Press, New York, 1998.
- Dalton G.W., *Motivation and Control*, in Dalton G.W. e Lawrence P.R. (eds.), *Motivation and Control in Organizations*.



- Irwin-Dorsey, Homewood, 1971.
- De Maio A., "La gestione dei progetti come modello organizzativo generale", *Impiantistica italiana*, n. II. novembre 1989.
- Early P.C., "Influence of Information. Choice and Task Complexity up on Goal Acceptance, Performance and personal Goals", 1985.
- Ed. Italiana a cura di L. Cammelli "La realizzazione di un programma di miglioramento di qualità". Centro Scientifico editore 1999.
- Festinger, L., Schachter S., Back K.. *Social Pressures in Informal Group: a Study of Human Factors in Housing*. Norton. New York. 1950.
- Flamholtz E., Toward a "Psycho-Technical System Paradigm of Organizational Measurement", *Decision Sciences*, January, 1979.
- Fleming Q.W., Koppelman J.M., *Earned Value Project Management*, Project Management Institute, Pennsylvania, 1996.
- Force, Harvard Business School Press, Cambridge, 1994.
- Globerson S., "Impact of various WBS Structures on Project Conceptualization", *International Journal of Project Management*, August, 1994.
- Goleman D., *Intelligenza emotiva*, Rizzoli, Milano, 1996.
- Graham R., *Project Management - Cultura e tecniche per la gestione efficace*, a cura di N. Diligu, Guerini & Associati, Milano, 1990.
- Grandori A., "A Prescriptive Contingency View of Organizational Decision Making", *Administrative Science Quarterly*, n. 29, 1984.
- Grandori A., "Processi e tecniche di negoziazione nelle organizzazioni", in Costa G., *Manuale di Gestione Aziendale*, UTET, Torino, 1992.
- Grandori A., *L'organizzazione delle attività economiche*, il Mulino, Bologna, 1995.
- Hook J.G., Cook T.D., "Equity Theory and the Cognitive Ability of Children", *Psychological Bulletin*, 86, 1979.
- Isolabella M.C., *Cross-cultural Comparison of Managers' Team Membership and Leadership Value Orientation*, Dissertation, San Diego, California, United States International University, 1992.
- Katzenbach J.R., Smith D.K., *La forza dei team*, Sperling & Kupfer Editori, Milano, 1993.
- Kerzner H., *Project Management. A Systems Approach to Planning, Scheduling, and Controlling*, Van Nostrand Reinhold, New York, 1995.
- Klimstra P.D., Potts J., "Managing R&D projects", *Research Technology Management*, May-June, 1988.
- Kopelman R.E., "Directionally different Expectancy Theory Predictions of Work Motivation and Job Satisfaction", *Motivation and Emotion*, 3, 1979.
- Lawler E. E., *Substitutes for Hierarchy*, *Organizational Dynamics*. Summer, 1988.
- Leon F.R., "The Role of positive and negative Outcomes in the Causation of Motivational Forces", *Journal of Applied Psychology*, 66, 1979.
- Lewin K., *Principi di psicologia topologica*, Giunti Marzocco, Firenze, 1961.
- Lock D., *Gower handbook of Project Management*, Gower Publishing, Aldershot, 1993.
- Locke E.A., "Personal Attitudes and Motivation", *Annual Review of Psychology*, 26, 1975.
- Locke E.A., "Toward a Theory of Task Motivation and Incentives", *Organizational Behavior and Human Performance*, Vol. 3, 1968.
- Locke E.A., Shaw K.N., Saari L.M., Latham G.P., "Goal Setting and Task Performance: 1969-1980", *Psychological Bulletin*, 90, 1981.
- Lynch R.L., Cross K.F., *Migliorare la performance aziendale, le nuove misure della soddisfazione del cliente, della flessibilità e della produttività*, Franco Angeli, Milano, 1992.
- Manzoni P., *Multi Project Management*, Franco Angeli, Milano, 1998.
- Martin D., Miller K., *La pianificazione di progetto come funzione manageriale primaria*, tradotto da "Project Planning as the primary Management Function", in *Project Management Quarterly*, March, 1982.
- Maslow A., *Motivation and Personality*, Harper & Row, New York, 1964.
- Melville H., *Moby Dick*, 1951, ed. it. Adelphi, Milano, 1986.
- Merchant K.A., *Control in Business Organization*, Pitman, London, 1985.
- Meredith J.R., Manter S.J. Jr, *Project Management*, John Wiley & Sons, New York, 1989.
- Mintzberg H., *Progettazione e sviluppo delle organizzazioni - Concetti e soluzioni applicative*, a cura di Aldo Fabris e Filippo Martino, Etas Kompass Libri, Milano, 1974.
- Mintzberg H., *The Nature of Managerial Work*, Harper & Row, New York, 1973.
- Miscia S., *Il Project Management*, Quaderni di Formazione Pirelli, Milano, luglio, 1994.
- Moder J.J., Phillips C.R., Davis E.W., *Project Management with Cpm, Pert and Precedence Diagramming*, Van Nostrand Reinhold, New York, 1983.
- Monisey G.L., Below P.J., Acomb B.L., *Guida alla pianificazione operativa - ad uso d'imprenditori, dirigenti e consulenti*,

- Franco Angeli, Milano, 1990.
- Morris P.W.G., Hough G.H., *The Anatomy of major Projects*, John Wiley & Sons, New York, 1987.
- Nepi A., *Introduzione al Project Management. Che cos'è, come si applica. Tecniche e metodologie*, Guerini e Associati, Milano, 1997.
- Parker G.M., *Il gioco di squadra e i suoi uomini - La nuova strategia aziendale competitiva*, Franco Angeli, Milano, 1992.
- Perrone V., *Le strutture organizzative d'impresa*, EGEA, Milano, 1990.
- Pettigiani M. G., Sica S., *La comunicazione interumana*, Franco Angeli, Milano, 1985.
- Pfeffer J., *Competitive Advantage through People: unleashing the Power of the Work*
- Pilati M., "I processi decisionali relativi al lavoro: la motivazione", in Grandori A., *L'organizzazione delle attività economiche*, Il Mulino, Bologna, 1995.
- Pinto J.K., *Project Management Handbook*, PMI, Jossey-Bass, San Francisco, 1998.
- PMI, *A Guide to the Project Management Body of Knowledge*, Project Management Institute, NC, Usa, 1996.
- Purser R.E., Cabana S., *The self Managing Organization*, The Free Press, New York, 1998.
- Rice A. K., *Learning for Leadership*, Tavistock, London, 1965.
- Rotschild W., *Pianificare è una cosa seria*, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1982.
- Rotter J. B., *Generalized Expectancies for internal versus external Control of Reinforcement*, Psychological Monographs, 1966.
- Rugiadini A., *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè Editore, Milano, 1979.
- Salvemini S., "Le variabili individuali", in Rugiadini A., *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè Editore, Milano, 1979.
- Sda Bocconi-Divisione Ricerche, *Organizzare e gestire progetti, ricerca in collaborazione con Artemis International. Uso interno*, 1999.
- Seligman M.P.E., *Helplessness*, W.H. Freeman, San Francisco, 1975.
- Simon H.A., *Administrative Behaviour*, Macmillan, New York, 1947.
- Skinner F.B., *About Behaviorism*, Knopf, New York, 1974.
- Spadarotto L., "Gruppi di lavoro", in *Sviluppo e organizzazione*, n.169. Settembre — Ottobre, 1998
- Spaito E., *Il buon lavoro*, Edizioni Lavoro, Roma, 1996.
- Steers R.M., *Organizational Behaviour*. Harper Collins Publishers, New York, 1991.
- Stotland E., *The Psychology of Hope*, Jossey-Bass, San Francisco, 1969.
- Thamhain H.J., Wilemon DL., "Criteria for Controlling Projects According to Plan", *Project Management Journal*. PN11. Drexel Hill. PA, June, 1986.
- Thoms P., "Project Team Motivation", in Pinto J.K., *Project Management Handbook*, PMI, Jossey-Bass, San Francisco, 1998.
- Turati C., *L'organizzazione semplice*, EGEA, Milano, 1998.
- Turner R.J., *The Handbook of Project Based Management*, McGraw Hill, London, 1999.
- Vaccani R., "Le fasi di sviluppo del gruppo e la progettazione didattica", in Castagna M., *Progettare la formazione*, Franco Angeli, Milano, 1991
- Vecchio R.P., "An individual Differences Interpretation of the Conflicting Predictors generated by Equity Theory and Expectancy Theory", *Journal of Applied Psychology*, 66, 1981.
- Vroom V.H., *Work and Motivation*, John Wiley & Sons, New York, 1958.
- Walton R. E., "From Control to Commitment in the Workplace", *Harvard Business Review*, March-April, 1992.
- Wheelwright S. C., Clark K.B., "Creating Project Plans to focus Product Development", *Harvard Business Review*, March-April 1992.
- Zedeck S., "An Information Processing Model and Approach to the Study of Motivation", *Organizational Behavior and Human Performance*, 18, 1977.



LA VALUTAZIONE EX ANTE DEI PROGETTI DI INTERVENTO CONTRO L'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Elisabetta Simeoni ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Un problema a cui che le pubbliche amministrazioni si trovano spesso di fronte nel gestire i finanziamenti derivanti dal fondo lotta alla droga, è quello di esaminare, valutare e selezionare i progetti che vengono presentati dalle varie organizzazioni sia del pubblico che del privato sociale accreditato.

La valutazione l'ex ante di questi progetti può richiedere molto tempo soprattutto se non si utilizza una metodologia strutturata che in qualche modo possa aiutare il valutatore a formulare giudizi standardizzati ed omogenei. La formulazione di giudizi con finalità selettive deve però utilizzare dei criteri preconosciuti dal progettista il modo che giudizio sia equo e fondato su un una serie di "valori" e priorità conosciute fin dalla prima formulazione del progetto. Questi valori sono quelli con cui si confrontano i "valori" riportati nel progetto per formulare un giudizio di merito che tenga conto sia della struttura del progetto, sia dell'intervento proposto.

La condivisione di una modalità di valutazione che basa l'attribuzione di valore su criteri espliciti e chiari, è un primo passo indispensabile per creare progetti valutabili e fortemente orientati agli indirizzi regionali.

OGGETTO DELLA VALUTAZIONE

Risulta indispensabile chiarire fin da subito che quanto qui riportato riguarda progetti dove siano previsti interventi sulla persona tossicodipendente. L'oggetto della valutazione sono quindi i progetti di intervento che in qualche modo possono avere un impatto sulle persone e che pertanto devono possedere elevati requisiti di serietà e rigore. Il presente articolo prenderà quindi in considerazione esclusivamente la valutazione ex ante di progetti di prevenzione, cura

e riabilitazione finalizzati alla persona tossicodipendente o a rischio di tossicodipendenza.

OBIETTIVI DELLA VALUTAZIONE EX ANTE

La valutazione che viene eseguita con finalità di selezione dei progetti si pone principalmente cinque obiettivi specifici:

1. Individuare i progetti più conformi ai criteri di selezione forniti precedentemente dall'ente finanziatore/programmatore sulla base delle proprie esigenze e della propria programmazione
2. Produrre una lista di progetti idonei a priorità decrescente, utilizzando quindi uno scoring che renda esplicita una "graduatoria".
3. Eliminare fornendo motivazioni esplicite e formali i progetti non conformi e/o non idonei.
4. Fornire indicazioni per adeguare e/o migliorare le progettualità carenti ma "interessanti" e, se integrate ed opportunamente modificate, ancora finanziabili.
5. Fornire indicazioni per permettere una corretta e fattibile valutazione ex post

CHI ESEGUE LA VALUTAZIONE EX ANTE?

La valutazione ex ante può essere eseguita da diversi attori. Il primo può essere l'ente finanziatore stesso che opportunamente dotato di uno staff in grado di fare tali attività, può selezionare direttamente i progetti. Il secondo può essere invece una agenzia esterna, che opportunamente commissionata può svolgere il lavoro di selezione in conto e per nome del finanziatore.

Spesso si può ricorrere a commissioni formate da vari esperti. Tali commissioni sono risultate molto utili ma bisognerà garantire che i membri della commissione non abbiano alcun interesse economico diretto nelle attività da valutare o rapporti in tal senso con eventuali proponenti i progetti.

Un problema importante a questo livello quindi è quello di assicurare l'indipendenza del valutatore che non potrà essere in alcun modo coinvolto (direttamente o indirettamente) nelle progettualità in esame. A volte si è assistito a situazioni in cui i valutatori coinvolti in commissioni di selezione dei progetti siano in seguito diventati consulenti privilegiati e ben retribuiti di alcuni progetti da loro stessi approvati. Per evitare tutto questo è necessario che le commissioni valutatrici o le agenzie contrattualizzate siano totalmente indipendenti e che i componenti autocertifichino di non avere alcun rapporto/accordo con i progettisti valutati sottoscrivendo inoltre che non forniranno consulenze o altro tipo di prestazioni retribuite per i proponenti i progetti in valutazione nel corso dello svolgimento del progetto stesso.

Una tecnica utilizzata per evitare pressioni indebite sui valutatori durante le selezioni è quella di non esplicitare in esterno (nei confronti dei progettisti) e rendere anonime le identità dei valutatori.

Un ulteriore aspetto di estrema importanza, anche se forse un po' pleonastico, è la necessità di un accreditamento ed incarico formale del valutatore da parte dell'ente finanziatore competente.

CON QUALI COMPETENZE SI ESEGUE LA VALUTAZIONE EX ANTE?

Non tutte le persone e i professionisti possano essere chiamati ad eseguire una valutazione di questo tipo. Vi è la necessità di possedere alcune competenze e condizioni di base che possono essere così elencate:

1. Conoscenza della programmazione generale su cui si innestano gli interventi dell'ente



- finanziatore e per i quali è stata richiesta una specifica progettazione ad enti ed organizzazioni esterne. La conoscenza di questa programmazione è indispensabile al fine di poter definire la priorità del progetto presentato che dovrà essere coerente con gli atti di indirizzo in materia il tossicodipendenze e formulati dalla regione all'interno di piani strategici o politiche di intervento.
2. Competenze amministrativo/gestionali generali. Queste sono necessarie al fine di comprendere se le progettualità sono coerenti con le norme amministrative vigenti e presentano dei criteri di fattibilità e di gestibilità delle attività proposte.
 3. Competenze tecnico scientifiche specifiche per l'ambito in cui le progettualità si collocano. Non è pensabile che progetti che riguardino la tossicodipendenza possano essere giudicati e selezionati da persone che non hanno competenze specifiche in materia e che non conoscano tutti i vari aspetti compresi quelli relativi soprattutto alla difficoltà di eseguire interventi la popolazione tossicodipendente.
 4. Competenze di project management. La conoscenza di questa metodologia è indispensabile al fine di poter valutare correttamente la coerenza interna degli obiettivi specifici, con gli indicatori di valutazione scelti, con le metodologie proposte e i criteri di qualità espressi. Competenze di questo tipo sono anche utili per poter correttamente comprendere se la tempificazione dichiarata al progettista è effettivamente realistica e compatibile con gli obiettivi specifici.
 5. Conoscenza e condivisione delle tecniche e dei criteri di valutazione adottate dalla regione.
 6. disponibilità, tempestività e precisione durante le attività di valutazione (formazione iniziale, riunioni di coordinamento, valutazione dei progetti, analisi delle selezioni e sottoscrizioni dei verbali, ecc.).

La tabella successiva riassume le caratteristiche e le condizioni necessarie a garanzia della qualità del valutatore.

Tab. 1: Le caratteristiche e le condizioni necessarie a garanzia della qualità del valutatore

1	Assenza di rapporti o accordi economici (presenti e futuri) con i progettisti – indipendenza autocertificata	2	Incarico e mandato formale da parte dell'ente finanziatore competente
3	Conoscenza della programmazione generale della regione nel campo di applicazione dei progetti	4	Competenze amministrativo/gestionali generali
5	Competenze tecnico scientifiche specifiche sulle tossicodipendenze	6	Competenze di project management
7	Conoscenza e condivisione delle tecniche e dei criteri di valutazione adottati	8	Disponibilità, tempestività e precisione durante le attività di valutazione

LIVELLI DELLA VALUTAZIONE EX ANTE

La valutazione ex ante dovrebbe essere eseguita su due livelli differenti:

1. La struttura del progetto e le condizioni di base.
2. L'intervento proposto.

Nel primo caso si dovrà verificare la presenza di prerequisiti burocratico/amministrativi, la coerenza del formato del progetto con quanto richiesto dal bando di presentazione e la

sequenza logica (completezza e correttezza metodologica) delle varie aree del progetto.

Nel secondo caso si dovrà verificare l'esistenza di prerequisiti tecnico scientifici e la coerenza allocativa e cioè se il progetto in questione va potenzialmente a soddisfare dei reali bisogni della popolazione tossicodipendente e se quindi le risorse che verranno dedicate e stanziare per la realizzazione di tale progetto sono da considerarsi, in via preventiva, ben allocate.

I criteri di valutazione ex ante devono essere predichiarati al fine di poter dare elementi al progettista per meglio orientare il progetto e definire quindi, oltre agli obiettivi, anche i criteri di qualità. Questi rappresentano i principi e vincoli che i progetti devono possedere, da verificare ex ante, al fine di autorizzare l'intervento ed erogare al finanziamento.

A questo proposito va ricordato che molto spesso si è assistito alla presentazione dei progetti che avevano scarsi costrutti e finalità tutt'altro che serie. Questi progetti, definiti da alcuni autori americani "VPO" (virtual placebo project) hanno obiettivi specifici molto poco definiti e di solito di tutt'altro che orientati a risolvere i problemi della popolazione tossicodipendente. i VPO sono quei progetti che hanno obiettivi del tipo:

1. Rassicurare l'opinione pubblica che qualcosa viene fatto (azione "ansiolitica").
2. Soddisfare l'operatore (autoreferenzialità).
3. Tranquillizzare gli amministratori dei i politici.
4. Creare un consenso elettorale.
5. Creare un ruolo a chi non ne ha.
6. Suggerire la stampa creando curiosità medianiche.
7. Recuperare finanziamenti per altre finalità.

La caratteristica costante di questo tipo di progetti è di solito l'assenza di una valutazione dell'outcome per contro una ipertrofia degli obiettivi, degli indicatori e dei sistemi di valutazione a cui corrisponde una improbabile realizzazione. Risulta chiaro che queste progettualità non hanno ragione di essere e che quindi non verranno prese in considerazione l'interno di questo articolo.

LA STRUTTURA DEL PROGETTO E LE CONDIZIONI DI BASE

La struttura del progetto andrà valutata su quattro dimensioni minime: intellegibilità, conformità alle norme e ai regolamenti dell'ente finanziatore, presenza di esplicitazione completa dei prerequisiti tecnici di base, presenza di un piano di valutazione. Le condizioni di base dovranno essere valutate al fine di comprendere la reale fattibilità del progetto mettendo in relazione la sua portata e la sua complessità con la qualificazione del proponente, le collaborazioni instaurate, le risorse e la tecnologia presenti e realmente utilizzabili dal proponente. Andranno inoltre valutati gli eventuali accreditamenti e certificazioni di qualità da parte di enti ed organizzazioni autorevoli.

Tab. 2: Condizioni di base per comprendere la presunta fattibilità di un progetto

1	Intelligibilità, disegno e quadro logico	2	Conformità alle norme e ai regolamenti
3	Prerequisiti tecnici di base (articolazione del progetto e completezza)	4	Portata e relazione con risorse e competenze
5	Presenza di un piano di diffusione dei risultati	6	Qualificazione del proponente e dello staff



7	Collaborazioni e partnership	8	Risorse e tecnologia presente ed utilizzabile dal proponente
9	Accreditamenti e certificazioni	10	Definizione del problema da affrontare (dimensione, grado di modificabilità e riscontri epidemiologici)
11	Presenza di un Management Information System adeguato al pannel di indicatori dichiarati	12	Rientranza nelle priorità date

1. L'intelligibilità del progetto si otterrà con una strutturazione chiara e comprensibile del testo del progetto stesso. Il progetto dovrà essere in grado di trasmettere i reali intenti e di far capire chiaramente anche i limiti, le aree problematiche esistenti e gli eventuali svantaggi per il target.
2. Fa parte di questo aspetto anche la valutazione del disegno generale del progetto, del modello concettuale e del suo quadro logico complessivo (Logical Framework) che serve a strutturare ed esporre gli elementi essenziali del pianificatore e dell'esecutore del progetto in modo chiaro e uniforme. Il quadro logico può essere strutturato ed esplicitato con una analisi tabellare e sintetica che preveda la descrizione chiara degli obiettivi messi in relazione visiva con gli indicatori corrispondenti i base line standard, le metodologie, le fasi del progetto, le modalità di verifica e valutazione e le valutazioni di fattibilità.
3. Il criterio principale che il valutatore utilizza per stabilire la bontà del disegno e del quadro logico è di solito la presenza di una forte coerenza interna tra gli elementi sopra riportati costituenti il progetto e una coerenza esterna tra il progetto e i riferimenti tecnico-scientifici esistenti in letteratura.

La conformità alle norme e ai regolamenti andrà valutata osservando la coerenza con il formato richiesto nel bando e il possesso di tutti i requisiti burocratici amministrativi previsti dalle norme regionali.

L'esplicitazione dei requisiti tecnici di base (articolazione del progetto) prevede una chiara elencazione degli obiettivi specifici correlati ad indicatori quantitativi, dei metodi e della tempificazione con un chiaro piano finanziario. Come meglio specificato nel paragrafo successivo, dovrà essere inoltre riportata l'evidenziazione della reale utilità, dell'efficacia potenziale e dell'innocuità (supportata con bibliografia scientifica - evidence based ed accreditata). Inoltre dovrà essere prevista una elencazione dei criteri di qualità degli interventi, delle motivazioni a sostegno della fattibilità e dell'economicità attesa.

Importante sarà anche valutare la portata del progetto proposto, intesa come la combinazione tra tutti gli obiettivi del progetto e il lavoro necessario per raggiungerli. In altre parole è l'insieme di tutte le singole attività pratiche che il team deve portare a termine. Valutare la portata vuol dire ponderare la dimensione dell'impegno richiesto e delle risorse necessarie, al fine di poterne cogliere la reale fattibilità.

Il piano di valutazione dovrà prevedere l'uso di indicatori quantitativi, una buona tempificazione con una valutazione in (milestone) e finale. Tale valutazione dovrà inoltre essere fattibile e realistica. Molti progettisti infatti si sono specializzati nella presentare piani di valutazione estremamente articolati e densi di indicatori che molto spesso risulta impossibile poi rilevare nel corso dell'intervento. Il piano di valutazione dovrà essere scientificamente orientato e prevedere una valutazione contestuale delle risorse utilizzate, delle prestazioni erogate e degli esiti sulle persone tossicodipendenti in termini di salute aggiunta e patologia evitata.

La presenza di un piano di diffusione dei risultati risulta essere di fondamentale importanza al fine di comprendere la portata della socializzazione culturale e tecnicospettiva prevista. Andranno valutate la presenza di workshop, articoli scientifici, manuali, pubblicazione in internet ecc.

La qualificazione del proponente e dello staff è estremamente importante per completare il giudizio di fattibilità. La valutazione della qualificazione dovrà riguardare anche la struttura organizzativa del proponente (grado di efficienza dimostrata e coordinamento interno), la qualificazione scientifica e professionale invece può essere indirettamente apprezzata tramite i curricula ma anche valutando le collaborazioni e le partnership instaurate per la realizzazione del progetto, che sono in grado di aggiungere “garanzie” incrementanti la credibilità. Anche la valutazione delle risorse e della tecnologia presente ed utilizzabile dal proponente permetterà di valutare se il progetto è realmente alla portata del proponente.

Accreditamenti e certificazioni sono ulteriori supporti alla credibilità generale del progetto.

Inoltre, ma questo rappresenta un prerequisito fondamentale, andrà valutata la definizione da parte del proponente del problema da affrontare e delle caratteristiche socio-demografiche, ambientali ed epidemiologiche, non che il grado di modificabilità stimata.

La presenza di un Management Information System (MIS) adeguato al pannello di indicatori dichiarati è assicurazione di fattibilità. Il MIS è rappresentato dall'insieme delle procedure, supporti cartacei ed elettronici, routine di elaborazione dati ecc. che l'organizzazione proponente il progetto deve possedere per assicurare un efficiente piano di valutazione. Il proponente, oltre ad elencare gli indicatori deve poter assicurare quindi un efficiente e corretto sistema di raccolta dati e gestione delle informazioni finalizzate alla valutazione dei risultati intermedi e finali (schede di raccolta dati ben orientate, questionari validati, data base specifici e un piano preordinato di elaborazione dei dati e di lettura intelligente delle informazioni). Molti sono infatti i progetti che elencano una lunga e sicuramente esauriente serie di indicatori, quasi a voler dimostrare la propria capacità analitica, senza poi far comprendere come e con quali tempi dedicati tali indicatori verranno raccolti. Alcuni progetti hanno un numero tale di indicatori che non basta l'intero budget di ore lavoro degli operatori a raccogliere ed elaborare i dati per poter valutare il progetto utilizzando il profilo di indicatori dichiarato.

L'INTERVENTO PROPOSTO

I principali criteri che devono essere assicurati dagli interventi e che si utilizzano per valutare la qualità di un intervento proposto all'interno di un progetto sono riportate nella tabella successiva.

Tab.3: Criteri per valutare la qualità di un intervento

1	Sicurezza (Non dannoso)	2	Potenziale Efficacia
3	Rispetto dei diritti dell'individuo	4	Orientamento scientifico e valutabilità
5	Equità e accessibilità	6	Attivazione nel vero interesse dell'individuo e della comunità
7	Lealtà ed onestà nei confronti dell'individuo	8	Buon rapporto costo/efficacia e costo/benefici
9	Fattibilità e Trasferibilità	10	Congruità delle spese previste
11	Appropriatezza e utilità per l'individuo	12	Coerenza con le politiche, le strategie e gli obiettivi dell'ente finanziatore/programmatore

L'intervento non deve essere dannoso, non deve cioè provocare in alcun modo danni all'individuo per il quale si esplica. In altre parole ci deve essere l'esclusione di un elevato rischio sulla base di evidenze scientifiche documentate e non di mere opinioni.

Le attività proposte devono essere “potenzialmente efficaci” in grado cioè di aggiungere



salute e di evitare patologie sul singolo individuo ma di creare anche un significativo impatto sul fenomeno. Devono inoltre essere in grado di dare qualità di vita e di aumentare il tempo di sopravvivenza. Un criterio importante a questo proposito quindi è la presenza di una vera “utilità per l'individuo”.

L'intervento deve essere anche rispettoso dei diritti dell'individuo e pertanto deve essere garantita la libera scelta, con adesione spontanea all'intervento e dell'operatore proponente.

Deve essere inoltre garantito il diritto alla riservatezza e prevista un'informativa completa pre intervento al cliente sugli effetti, e sui possibili benefici ma anche sui possibili danni derivanti all'intervento stesso.

L'intervento dovrà essere scientificamente orientato e supportato da solide referenze bibliografiche oltre che valutabile, utilizzando quindi metodi di comprovata efficacia e tollerabilità, valutabili nella reale efficacia con sistemi quantitativi per la misurazione comparata dell'outcome. L'orientamento scientifico dovrà anche riguardare i processi e le risorse impiegate sia in termini di controllabilità che di aderenza a delle linee guida specifiche di settore.

Un'altra caratteristica che l'intervento deve possedere è quello di essere equanime e di permettere un accesso facile ed indiscriminato a tutti tossicodipendenti. In altre parole non dovrà essere selettivo e/o discriminante verso gruppi e/o singole persone che sulla base di criteri non rispettosi dei diritti del singolo individuo.

L' intervento dovrà essere attivato nel vero interesse dell'individuo e della comunità. Si dovranno quindi escludere fenomeni di autoreferenzialità, propagandistici e di mera ricerca del consenso popolare.

Un'altra caratteristica da garantire è quella che l'intervento dovrà essere leale ed onesto nei confronti dell'individuo con esclusione quindi di secondi fini non esplicitati. Questo potrà essere garantito anche dall'esistenza di una buona informativa per il target tossicodipendente, una gestione trasparente degli obiettivi, delle modalità operative, delle finalità, dei sistemi di controllo valutazione e delle spese anche nei confronti del target.

Un buon rapporto costo/efficacia e costo/benefici è un'importante criterio da rispettare. I rapporti dovranno essere valutati nel contesto generale delle priorità di intervento e della allocazione razionale delle risorse globali.

L'intervento dovrà dimostrarsi fattibile e cioè realizzabile in pratica, con risorse necessarie, bilanciate rispetto ad altri interventi alternativi o maggiormente prioritari. I presupposti di fattibilità sono condizionati da:

- raggiungibilità degli obiettivi che si devono dimostrare prima di tutto “realistici”;
- portata del progetto;
- reale disponibilità di risorse e competenze del proponente;
- complessità dei metodi proposti;
- durata;
- costi di attività specifiche e dell'intero progetto.

Importanti sono anche le conoscenze ex ante di possibili scenari in caso di comparsa di situazioni limitanti o compromettenti la realizzazione delle attività di progetto. La fattibilità può essere valutata anche tramite l'osservazione dei base line standard – BLS (volumi previsti di attività e di outcome attesi espressi quantitativamente, il “minimo dovuto”) dichiarati dal progettista. Molti progetti definiscono obiettivi specifici ed indicatori correlati ma non dichiarano i BLS rendendo così impossibile la valutazione relativamente alla fattibilità, all'efficacia attesa (soprattutto per quanto riguarda l'impatto sul fenomeno), e la congruità dei costi attesi.

Tutte le attività progettuali dovranno dimostrare ex ante una forte congruità delle spese previste con risultati economicamente vantaggiosi e cioè meno costosi rispetto a quelli ottenibili con altre forme di intervento a maggiore od uguale rendimento e generare benefici diretti comprovabili.

Un criterio da valutare deve essere anche la presenza di una reale utilità per l'individuo

giudicata sia con criteri oggettivi (valutazione esterna) sia con tecniche di customer satisfaction.

Infine andrà valutata la coerenza dell'intervento proposto con le politiche, le strategie le priorità e gli obiettivi dell'ente programmatore e/o finanziatore.

USO DEL SISTEMA PROJECT.NET-DSS © (DISTANCE SELECTION SYSTEM) PER LA VALUTAZIONE E LA SELEZIONE DEI PROGETTI A DISTANZA VIA INTERNET

Il portale www.dronet.org presenta nel suo interno, con indirizzo criptato ed accesso selezionato, una applicazione molto interessante che permette di organizzare una valutazione ex ante dei progetti in "remote" (a distanza) senza quindi costringere a spostamenti i valutatori. Il sistema prevede di poter consultare le proposte di progetto da esaminare via internet, valutarle, scambiare opinioni con altri membri dello staff valutatore con sistemi in rete riservata, interpellare via internet il committente della valutazione, compilare ed inviare il proprio giudizio in una scheda predefinita che verrà trasmessa via internet alla sede centrale della valutazione.

I vantaggi di questo sistema sono quelli di poter utilizzare valutatori residenti anche in luoghi molto lontani. Questo permette di soddisfare bene il criterio di indipendenza del valutatore, incrementando l'esternalità e, mediante l'utilizzo di schede standardizzate come quelle riportate in allegato, di disporre della sua valutazione immediatamente.

Il sistema è predisposto per creare automaticamente anche le graduatorie, via via che il valutatore inserisce i propri giudizi nel data base. Il valutatore potrà accedere al sistema in ogni momento mediante una propria password, consentendo così a lui una buona flessibilità oraria di utilizzo.

Il sistema permette anche il calcolo dei pesi da assegnare ai singoli mediante il calcolo della mediana dei giudizi espressi "a distanza" dai valutatori. A questo proposito è anche prevista una applicazione ("Project Forum") che permette la discussione tra i membri della commissione al fine di allineare i giudizi e i criteri utilizzati per la valutazione.

CONCLUSIONI

Il modello qui presentato ha un valore teorico di riferimento e può essere ulteriormente integrato con sistemi e criteri più complessi. Tuttavia va colta la centratura portante del modello che è sulla valutazione della qualità globale del progetto proposto, ben consapevoli che tra il "dichiarato" e il reale può esistere una profonda differenza. Non bisogna sottovalutare che molto spesso le attività progettuali sono fonte di redditi cospicui, privilegi di posizione e di immagine e possono indurre alcune persone e/o organizzazioni ad utilizzare tali opportunità in modo non congruo. La finalità generale di un progetto deve sempre essere molto coerente con la programmazione regionale e territoriale producendo reali effetti di utilità individuale e di impatto sul fenomeno. Tutto questo permettendo contestualmente una trasparente gestione e reale valutabilità quantitativa dei risultati osservati sia in termini di prestazioni erogate ma soprattutto di esiti prodotti in termini di salute aggiunta e patologia evitata.

**ALLEGATI****Scheda 1: Valutazione ex ante, strutturale del progetto e condizioni di base**

N.	CRITERIO	SCORE PURO (0-5+6-10)	PESO (*)	SCORE FINALE	NOTE
1	Intelligibilità generale Logical Framework Coerenza interna Coerenza esterna con riferimenti scientifici accreditati				
2	Conformità alle norme e ai regolamenti				
3	Prerequisiti tecnici di base (articolazione del progetto e completezza formale): • obiettivi specifici • indicatori di output • indicatori di outcome • presenza di BLS • criteri di qualità • target ed ambienti • metodi • tempificazione • piano finanziario • piano di valutazione • bibliografia • partnership				
4	Portata e relazione con risorse e competenze				
5	Presenza di un piano di diffusione dei risultati				
6	Qualificazione del proponente e dello staff: • qualità dell'organizzazione • curricula • pregresse qualificanti esperienze specifiche				
7	Collaborazioni e partnership				
8	Risorse e tecnologia presente ed utilizzabile dal proponente				
9	Accreditamenti e certificazioni				
10	Definizione del problema da affrontare (dimensione, grado di modificabilità e riscontri epidemiologici)				
11	Management Information System adeguato				
12	Rientrare nelle priorità date				
	SCORE TOTALE				

(*) Importanza data al criterio, espressa con una precedente assegnazione da parte dello staff valutatore tramite tecniche di NGT ed utilizzando un punteggio da 1 a 10.

Scheda 2: Valutazione ex ante dell'intervento

N.	CRITERIO	SCORE PURO (0-5+6-10)	PESO (*)	SCORE FINALE	NOTE
1	Sicurezza (Non dannoso)				
2	Potenziale Efficacia: • individuale • di impatto sul fenomeno				
3	Rispetto dei diritti dell'individuo: • livello di informativa prevista • tutela della privacy • libera scelta				
4	Orientamento scientifico : • riferimenti bibliografici a supporto • metodologie utilizzate • valutabilità dei risultati				
5	Equità e accessibilità				
6	Attivazione nel vero interesse dell'individuo e della comunità				
7	Lealtà ed onestà nei confronti dell'individuo				
8	Rapporto: • costo/efficacia atteso • costo/benefici atteso				
9	Fattibilità: • dell'intervento in relazione a: ▪ raggiungibilità degli obiettivi ▪ semplicità dei metodi proposti ▪ durata adeguata ▪ corretta stima dei costi ▪ risorse a disposizione ▪ organizzazione adeguata • della valutazione proposta Trasferibilità del modello ad altre U.O.				
10	Congruità delle spese previste				
11	Appropriatezza e utilità per l'individuo				
12	Coerenza con le politiche, le strategie, le priorità e gli obiettivi dell'ente finanziatore/programmatore				
	SCORE TOTALE				

(*) Importanza data al criterio, espressa con una precedente assegnazione da parte dello staff valutatore tramite tecniche di NGT ed utilizzando un punteggio da 1 a 10.

**BIBLIOGRAFIA**

- Adler, Hans A., Economic Appraisal of Transport Projects, Johns Hopkins, Baltimora, 1987
- Auditor General Of Canada, Internal Auditing in a Changing Management Culture, Ottawa, 1992
- Berg, Bruce L., Qualitative Research Methods for the Social Sciences, Allyn & Bacon, Boston, 1995
- Bovina, Livia, I focus group, Rassegna Italiana di valutazione (ipertestuale), Istituto Regionale di Ricerche Economiche e Sociali, Perugia, 1996
- Cleland, David I. & King, William R. (a cura di), Project Management Hand book, Van Nostrand Reinhold Co., New York, 1983
- Croce G., Dalla descrizione alla valutazione, CNEL, II conferenza nazionale sulla misurazione dell'azione amministrativa, Roma.
- EMCDDA. Guidelines for the evaluation for drug prevention: a manual for programme-planners and evaluators. 1998
- Ishikawa K., What is Total Quality Control, ASQC Quality Press, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1985 (Guida al controllo di qualità, Franco Angeli, 1996)
- Massoni V. Monitoraggio e valutazione dei progetti nelle organizzazioni pubbliche e private. Franco Angeli – 1997
- Shadish W.R., Newman D., Scheider M.A., Wye C., (a cura di), Guidino Principles for Evaluators, 1995
- Valadez j., Bamberger M., (a cura di), Monitoruing and evaluating Social Programs in Developing Countries, Banca Mondiale, Washington, 1994



LA VALUTAZIONE EX-POST DEI PROGETTI DI INTERVENTO NELLE TOSSICODIPENDENZE

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Elisabetta Simeoni ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

La valutazione ex-post dei progetti di intervento spesso assume più un significato di atto formale che sostanziale e questo è dovuto al fatto che risulta difficile poter comprendere esattamente la portata dei risultati esposti nel rapporto finale non avendo a disposizione dei chiari punti di riferimento e cioè dei risultati attesi predefiniti nel progetto iniziale.

La valutazione di un progetto concluso deve quindi poter contare fin dall'inizio della stesura del progetto stesso su una struttura progettuale e una gestione del progetto, soprattutto per quanto riguarda le attività di rilevamento ed elaborazione dati, che consenta poi di poter valutare correttamente i risultati raggiunti al termine del progetto stesso.

Le attività di valutazione di un progetto di intervento presentano tre momenti fondamentali nel corso della vita del progetto stesso:

1. la valutazione ex-ante: dove viene verificata l'esistenza di prerequisiti quali l'utilità, l'efficacia, l'innocuità, la qualità, la fattibilità, la verificabilità e l'economicità, ecc.;
2. la valutazione in progress: cioè il controllo di gestione, la verifica dei risultati intermedi per poter attuare gli opportuni correttivi;
3. la valutazione ex-post e cioè la verifica dei risultati finali.

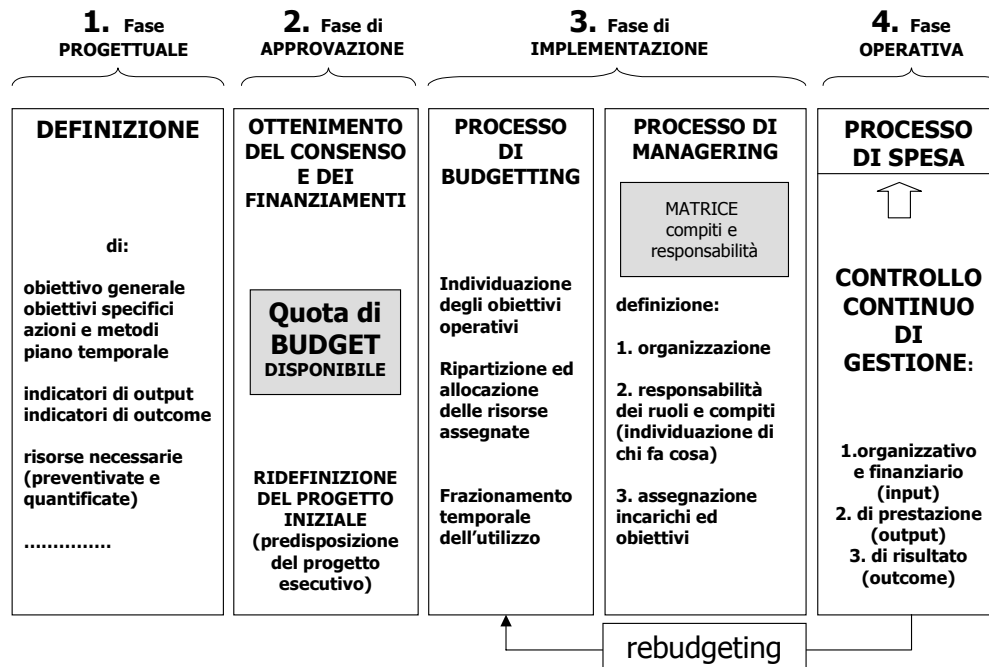
Il momento più importante di questi tre aspetti della valutazione è certamente la valutazione in progress che dovrebbe essere "just in time" per attuare un costante ed efficace controllo di gestione, in quanto è il momento in cui vi è ancora la possibilità di introdurre correttivi per raggiungere gli obiettivi prefissati.

La valutazione ex-ante assume invece un significato più di selezione finalizzata alla prevenzione degli sprechi e all'incentivazione dei progetti di qualità.

La valutazione ex-post assume quindi un significato "a consuntivo" che spesso risulta essere un "chiudere la stalla dopo la fuga dei buoi".

È utile ricordare le fasi di sviluppo di un progetto al fine di meglio comprendere dove la valutazione in progress ed ex-post vanno ad inserirsi e quale utilità abbiano effettivamente tenendo conto che il progetto è ormai concluso ed i termini temporali sono scaduti.

Fig. 1: Fasi di sviluppo di un progetto

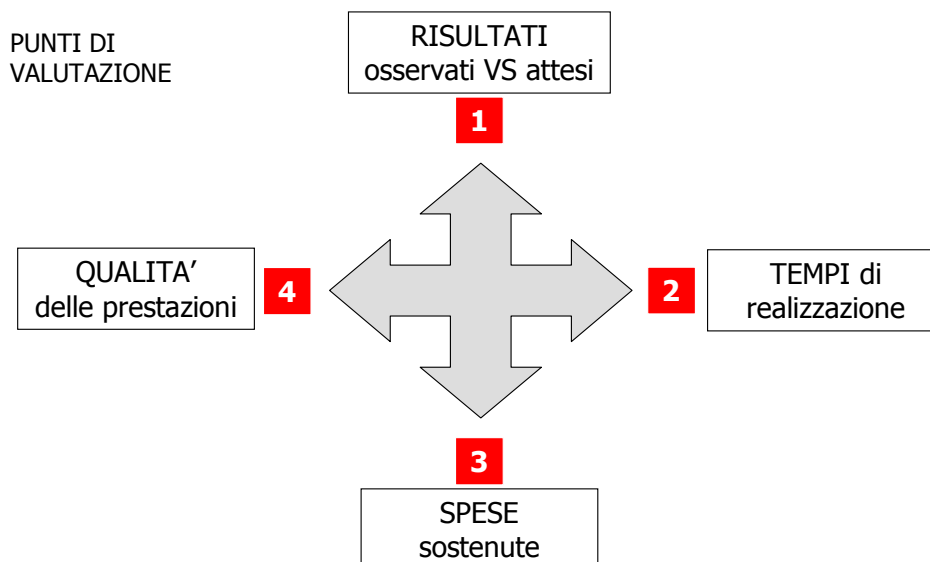


DEFINIZIONE

Con in termine “valutazione ex-post” di un progetto di intervento si deve intendere l'insieme delle attività analitiche ed interpretative volte ad esprimere un giudizio di valore sui risultati raggiunti da un intervento sulla base di un precedente progetto, comparandoli con i risultati attesi e prefissati (obiettivi specifici predichiarati). Questo tipo di valutazione è finalizzata quindi a comprendere ed esplicitare anche la validità e la rappresentatività tecnico scientifica di tali risultati, evidenziando, con giudizi sintetici e pertinenti, le positività ed i limiti dei risultati raggiunti.

ASSI DELLA VALUTAZIONE

La valutazione ex-post dei risultati fonda la sua osservazione iniziale su quattro assi di valutazione contemporanea, tipici del Total Quality Management: i risultati osservati verso quelli attesi (scostamento), i tempi di realizzazione, i costi/spese sostenute, la qualità delle prestazioni erogate.

**Fig. 2: I quattro assi di valutazione ex-post nel TQM**

CRITERI DI VALUTAZIONE

La valutazione degli aspetti generali dei risultati presentati nel final report basa il proprio giudizio su quattro criteri principali:

1. Esistenza di coerenza e correlazione tra obiettivi specifici (indicatori-metodi-attività-risultati) predichiarati nel progetto e quelli successivamente presentati nel rapporto finale.
2. Grado di raggiungimento degli obiettivi predicati.
3. Coerenza e rilevanza economico/finanziaria tra preventivato e speso.
4. Credibilità/affidabilità generale (coerenza interna dei dati) delle informazioni contenute nel rapporto finale.

Tab. 1: Criteri e indicatori

N.	CRITERIO	INDICATORE
1	Esistenza di coerenza e correlazione (pre-post) e tra obiettivi specifici - indicatori - metodi - attività - risultati	Giudizio motivato del valutatore
2	Grado di raggiungimento degli obiettivi predicati	% scostamento dai BLS
3	Coerenza e rilevanza economico/finanziaria	% di scostamento dal costo preventivato
4	Credibilità/affidabilità generale	Giudizio motivato del valutatore

Il piano di valutazione ex-post quindi, deve prendere in considerazione degli aspetti specifici che diventano punti di valutazione contemporanea e sequenziale è che utilizzano come tecnica il confronto tra l'atteso e l'osservato, sulla base degli indicatori di output e di outcome preindicati, degli obiettivi valutati tramite i base line standard (BLS) predichiarati, i tempi di realizzazione, l'impegno finanziario e la qualità degli interventi.

Fig. 3: Piano di valutazione ex-post: aspetti specifici

PUNTI DI VALUTAZIONE		EX-ANTE (atteso) n. di indicatori dichiarati	EX-POST (osservato) n. di indicatori utilizzati	SCOSTAMENTO Δ e motivazioni
1	IND. OUTPUT OUTCOME			
	Obiettivo A OUTPUT OUTCOME	BASE LINE predichiarati	RISULTATO raggiunto	Δ e motivazioni
	Obiettivo B OUTPUT OUTCOME	BASE LINE predichiarati	RISULTATO raggiunto	Δ e motivazioni
2	TEMPI di realizzazione	Predichiarati (gantt di previsione).	Osservati (gantt consuntivo).	Δ e motivazioni
3	IMPEGNO FINANZIARIO	COSTI preventivati	SPESE sostenute	Δ e motivazioni
4	QUALITA' DEGLI INTERVENTI	N. di CRITERI DICHARATI e "quality assurance"	N. di CRITERI RISPETTATI COSTUMER satisfaction	Δ e motivazioni

FATTIBILITÀ DELLA VALUTAZIONE EX-POST

La valutazione dei risultati finali fonda la sua osservazione soprattutto tra lo scostamento rilevabile fra atteso e l'osservato. Pertanto, tale osservazione può esser fatta se il progetto iniziale e la conduzione delle attività per realizzare l'intervento erano state precedentemente strutturate con un piano di valutazione che permetta la valutazione degli obiettivi attesi quantificati e rappresentati tramite specifici indicatori, ma soprattutto se sono stati precedentemente definiti i BLS.

Al fine di chiarire alcuni aspetti di base ricordiamo che con il termine obiettivi specifici si devono intendere i risultati specifici attesi derivanti dalle azioni che si intendono intraprendere sulla popolazione target, mentre con il termine indicatore intendiamo una variabile numerica, validamente rappresentativa del risultato atteso, della situazione o del fenomeno che si vuole valutare, in grado di fornire informazioni utili per il decision making. Con il termine base line standard (BLS), si intende invece il valore minimo dell'indicatore a cui arrivare per considerare l'obiettivo raggiunto (il minimo dovuto).

La fattibilità quindi della valutazione ex-post dipende dalla presenza di:

1. Coerenza nella presentazione dei dati nel rapporto finale con il formato del progetto iniziale.
2. Predefinizione chiara nel progetto dei base line standard (BLS).

La fattibilità della valutazione risente quindi fortemente di questa coerenza che dovrà riguardare anche le modalità di misura predichiarate e utilizzate. Va quindi ribadito che un progetto con obiettivi specifici senza BLS non è valutabile nei risultati ex-post.



Fig. 4: Obiettivi specifici, indicatori correlati e strumenti di valutazione

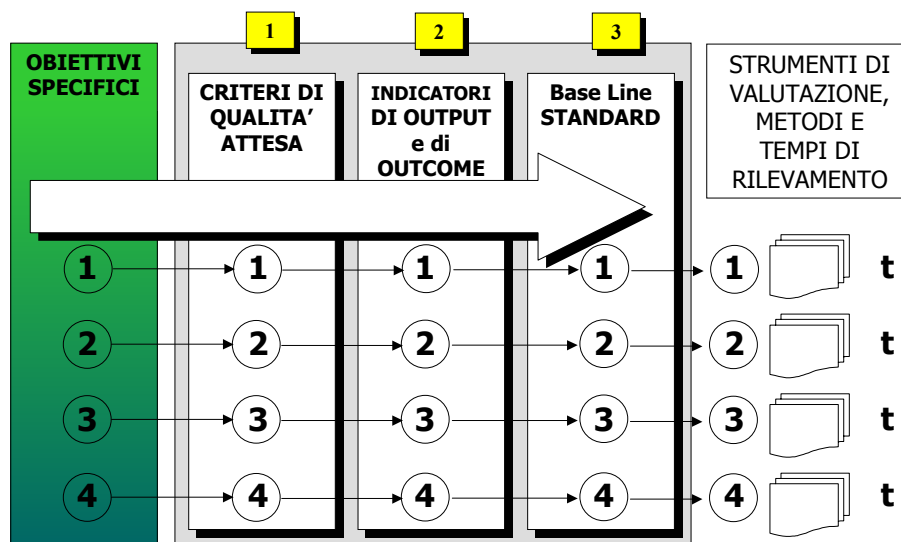


Fig. 5: Ambito di valutazione e piano temporale

SU RISULTATI E COSTI PREVENTIVATI

AMBITO DI VALUTAZIONE	indicatori	strumenti	Piano temporale											
			G F M A M G L A S O N D											
OUTPUT	Prestazioni	Sistema MFP												
	-													
OUTCOME	Risultati	CBE ASI												
	-													
COSTI	Spesa	SSH Budget control												
	Budget residuo													

VALUTAZIONE DELL'OUTPUT E DELLA OUTCOME

Non intendiamo qui entrare nella definizione concettuale della valutazione dell'outcome nelle tossicodipendenze per la quale si rimanda all'articolo specifico contenuto in questo manuale. Vale però la pena ricordare, per finalità valutative, il diverso significato che assumono gli indicatori di output e di outcome.

Un progetto di intervento sulle persone tossicodipendenti deve poter essere valutato contemporaneamente e distintamente sulle prestazioni erogate dall'operatore (risultati intermedi) attraverso specifici indicatori di output e sui risultati finali nei termini di esiti sul cliente

(grado di salute aggiunta e grado di patologia evitata) attraverso specifici indicatori di outcome.

Vi è quindi la necessità di non confondere questi due livelli di valutazione in quanto gli indicatori di output riguardano la valutazione dell'efficienza e della capacità produttiva (attraverso il monitoraggio delle attività e delle azioni concrete svolte dagli operatori), mentre gli indicatori di outcome riguardano la valutazione dell'efficacia e quindi della reale utilità dell'intervento anche indipendentemente dalle prestazioni erogate.

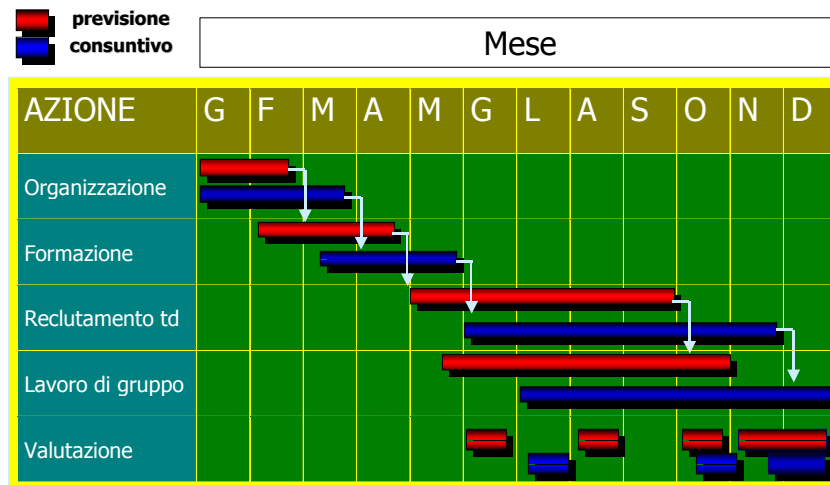
Risulta chiaro che un intervento sulla persona non può essere valutato esclusivamente attraverso il volume prestazionale erogato, ma deve poter essere valutato anche sui reali effetti relativamente al grado di salute aggiunta e al grado di patologia evitata.

VALUTAZIONE EX-POST DEI TEMPI DI REALIZZAZIONE

La valutazione dei tempi di realizzazione può essere agevolmente fatta se ex-ante è stato definito un diagramma di Gantt di previsione e successivamente è stato aggiornato ed alimentato dalle informazioni necessarie per comprendere il reale andamento dei lavori nel tempo.

La comparazione tra i tempi previsti e i tempi a consuntivo permetterà di comprendere non solo il rispetto della data di scadenza, ma anche il rispetto delle varie fasi che erano state preventivate per lo sviluppo del progetto.

Fig. 6: Il Gantt di previsione e consuntivo



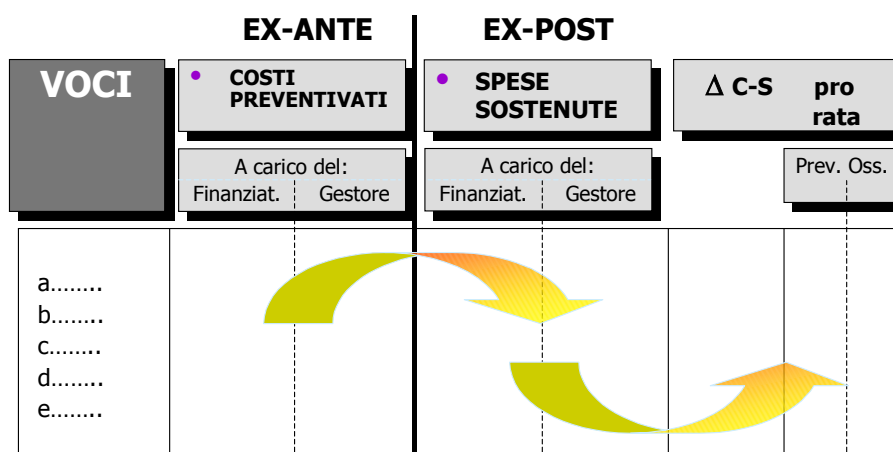
VALUTAZIONE DEL PIANO FINANZIARIO

La valutazione del piano finanziario dovrà prevedere il confronto fra il preventivato e il consuntivo. A questo proposito è molto importante che l'articolazione schematica dei costi evidenziata ex-ante sia coerente con le spese realmente sostenute e rappresentata a consuntivo.

La valutazione degli scostamenti sarà quindi molto agevole potendo valutare anche in maniera differenziata i costi preventivati e le spese sostenute in maniera differenziata tra l'ente finanziatore e l'ente gestore.



Fig. 7: Comparazione costi preventivati e spese sostenute



L'ETICA DELLA VALUTAZIONE

L'etica della valutazione è un argomento particolarmente difficile e poco trattato, in quanto le regole di comportamento non riguardano solo il valutatore ma anche i cosiddetti stakeholders cioè tutti coloro che hanno interessi che in qualche modo impattano con il progetto. Gli stakeholders possono essere: gli sponsor, il committente, il finanziatore, chi ha la competenza istituzionale della programmazione degli interventi, ecc..

Nel nostro caso l'Amministrazione Regionale di solito rappresenta l'insieme di tutte queste entità ed ha in più un particolare interesse a valutare i progetti che verranno poi affidati ad enti ed organizzazioni del pubblico (Aziende Pubbliche) o del privato sociale accreditato (Comunità Terapeutiche, Associazioni del Volontariato, ecc). Altri tipi di stakeholders che possono in qualche modo fare pressioni sul valutatore, possono essere i politici e gli amministratori locali nel luogo in cui il progetto esercita la propria sfera di azione, e che potrebbero avere un interesse strumentale (finalizzato esclusivamente all'ottenimento o mantenimento di un consenso elettorale) a promuovere o ostacolare il progetto indipendentemente dai risultati ottenuti o dall'utilità reale per le persone tossicodipendenti.

I valori, le consuetudini, le regole ed i comportamenti di questi possono essere molto diversi ed a volte in conflitto tra loro. Quello che determina la base etica della valutazione sono comunque i valori che l'organizzazione committente, nel nostro caso l'organizzazione del sistema socio-sanitario regionale, riconosce come propri valori da promuovere e tutelare.

Relativamente all'etica dei valutatori, molti riferimenti possono essere trovati nei codici deontologici professionali (medici, psicologi, assistenti sociali, avvocati, infermieri, ecc.) che indirettamente regolamentano i comportamenti professionali e che possono essere applicati all'ambito della valutazione degli interventi e dei progetti che propongono attività sulla persona.

Il valutatore può essere sottoposto a delle possibili "tentazioni" che possono in qualche modo scontrarsi con un'etica professionale e generale.

La tabella successiva riporta in sintesi tali principali situazioni a cui il valutatore può essere sottoposto e che è utile comunque conoscere al fine di prevenirle.

Tab. 2: Situazioni inadeguate che possono riguardare il valutatore

N.	SITUAZIONE INADEGUATA
1	Compiacere gli interessi dello sponsor o dell'organizzazione che lo ha contrattualizzato, assecondando le aspettative di valutazione negativa o positiva che sia.
2	Fare un uso improprio del rapporto di valutazione divulgandolo in ambiti diversi da quelli richiesti dal committente.
3	Diffondere informazioni all'esterno dello staff di valutazione relativamente ai giudizi formulati con finalità di "auto-accreditamento".
4	Intrattenere rapporti con il valutato al fine di ottenerne privilegi (economici o di altro tipo) in cambio di una valutazione positiva.
5	Accettare un compito irrealizzabile o per il quale non si è preparati.
6	Accettare istruzioni orali in contrasto con i termini di riferimento formali e scritti (in coerenza dei mandati formali ed informali).
7	Manipolare le informazioni per coprire "a fin di bene" delle deficienze nel progetto.
8	Non essere oggettivo nelle valutazioni ed utilizzare come criterio per la formulazione del giudizio l'opinione e non l'evidenza.
9	Valutare il progetto in modo non corretto per favorire giochi di lobby.
10	Formulare giudizi in contrasto con la propria etica professionale e personale.

Da V. Masoni 1997 (Monitoraggio e valutazione dei progetti - Franco Angeli) modificato da G. Serpelloni 2001

Riportiamo di seguito un brano sugli interessi delle parti progettuali ed interesse pubblico del codice dell'American Evaluation Association (AEA):

"I valutatori devono mantenere l'equilibrio fra le necessità del cliente e le altre necessità. I valutatori hanno necessariamente una relazione speciale con il loro cliente, il quale finanzia la spesa della valutazione. Questa relazione obbliga i valutatori a fare ogni sforzo per soddisfare i legittimi interessi del cliente ogni qualvolta ciò sia realizzabile ed appropriato. Tuttavia, la relazione può porre i valutatori in difficili dilemmi allorché gli interessi dei clienti sono in conflitto con quelli di altri, o avversi ai requisiti di ricerca sistematica, competenza, onestà, rispetto per le persone. In questi casi, i valutatori dovrebbero identificare esplicitamente queste contraddizioni e discuterne con il cliente e con le altre parti interessate per risolverli o per decidere se continuare qualora rimangano irrisolte e, in caso affermativo, stimare quanto esse incidano sull'esito della valutazione.

I valutatori hanno l'obbligo di tenere conto dell'interesse pubblico.

Ciò è particolarmente importante quando la valutazione è finanziata da fondi pubblici. Ma seri danni potenziali al bene comune non devono essere ignorati in nessuna valutazione".

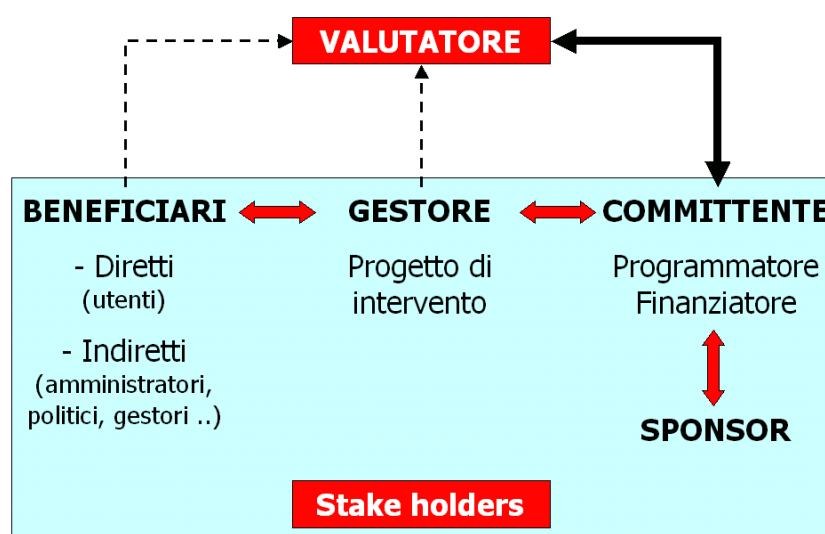
Come anticipato, anche gli stakeholders possono essere coinvolti in questioni di eticità. Il coinvolgimento degli stakeholders nel processo di valutazione può risultare estremamente importante ed acquista una rilevanza strategica soprattutto per quanto riguarda le amministrazioni regionali ed aziendali dove logiche, pressioni politiche e giochi di lobby possono condizionare fortemente lo staff di valutazione se non addirittura pilotarlo verso giudizi totalmente finalizzati ed asserviti a logiche tutt'altro che trasparenti e di pubblica utilità.

L'etica quindi riguarda anche lo "sponsor"/"finanziatore", il quale spesso si trova in difetto per scarsa cognizione dei limiti tecnici della valutazione ma, anche per trasgressioni volontarie alle regole dell'etica, consistenti generalmente in: situazioni inadeguate che possono riguardare gli stakeholders.

**Tab. 3: Situazioni inadeguate che possono riguardare gli stakeholders**

N.	SITUAZIONE INADEGUATA
1	Esigere delle prestazioni realizzabili solo mediante sotterfugi, dichiarazioni non veritiere, o il silenzio su punti sfavorevoli o non graditi, incoerenti con le aspettative e le politiche dello sponsor.
2	Chiedere rapporti puramente ritualistici, per soddisfare le apparenze o un'obbligazione.
3	"chiedere l'impossibile" nei termini di riferimento.
4	Censurare le parti scomode dei rapporti, così che dei giudizi addomesticati compaiono sotto il nome del valutatore.
5	Ostacolare di fatto lo svolgimento della valutazione, frazionando dati e notizie o limitando il sostegno allo staff nei confronti delle interfacce.
6	Utilizzare la valutazione a scopo di "verifica ispettiva" e strumento di pressione negativa nei confronti dei proponenti i progetti (pubbliche amministrazioni o enti ed organizzazioni del privato sociale accreditato) "non graditi" anche se tecnicamente preparati.

Sia il Valutatore che il Committente (stakeholders o altro) devono avere come finalità principali quelle di perseguire soprattutto l'efficienza nell'uso delle risorse, l'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi, l'economia nelle scelte delle migliori alternative e varianti e la trasparenza delle decisioni. È auspicabile quindi una crescente consapevolezza dei ruoli propri a ciascuna delle parti interessate e l'astensione da comportamenti impropri come quelli sopra descritti.

Fig. 8: Rapporti tra valutatore e stakeholders

CONCLUSIONI

La valutazione ex-post alla luce di quanto qui riportato assume vari significati ma deve comunque essere considerata un atto finale di un processo continuo di valutazione che dovrebbe accompagnare tutta la durata delle attività.

Il ritorno informativo al proponente il progetto, delle risultanze della valutazione, è da considerarsi dovuto e necessario in ogni caso. Tale ritorno però non potrà essere un semplicistico giudizio ma dovrà sempre essere accompagnato, sia esso positivo ma tanto più se negativo, da motivazioni sostenenti tale valutazione in modo tale da fornire una analisi dei problemi che il proponente il progetto possa utilizzare in futuro per migliorare la sua performance o continuare ad essere motivato nelle sue attività.

BIBLIOGRAFIA

- Adler, Hans A., *Economic Appraisal of Transport Projects*, Johns Hopkins, Baltimora, 1987
- Auditor General Of Canada, *Internal Auditing in a Changing Management Culture*, Ottawa, 1992
- Berg, Bruce L., *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*, Allyn & Bacon, Boston, 1995
- Bovina, Livia, *I focus group*, Rassegna Italiana di valutazione (ipertestuale), Istituto Regionale di Ricerche Economiche e Sociali, Perugia, 1996
- Cleland, David I. & King, William R. (a cura di), *Project Management Hand book*, Van Nostrand Reinhold Co., New York, 1983
- Croce G., *Dalla descrizione alla valutazione*, CNEL, II conferenza nazionale sulla misurazione dell'azione amministrativa, Roma.
- EMCDDA. *Guidelines for the evaluation for drug prevention: a manual for programme-planners and evaluators*. 1998
- Ishikawa K., *What is Total Quality Control*, ASQC Quality Press, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1985 (Guida al controllo di qualità, Franco Angeli, 1996)
- Massoni V. *Monitoraggio e valutazione dei progetti nelle organizzazioni pubbliche e private*. Franco Angeli – 1997
- Shadish W.R., Newman D., Scheider M.A., Wye C., (a cura di), *Guidino Principles for Evaluators*, 1995
- V. Massoni. *Monitoraggio e valutazione dei progetti nelle organizzazioni pubbliche e private*. Franco Angeli - 1997
- Valadez j., Bamberger M., (a cura di), *Monitoruing and evaluating Social Programs in Developing Countries*, Banca Mondiale, Washington, 1994



ELEMENTI DI TECNICA PROGETTUALE PER GLI INTERVENTI NELLE DIPENDENZE: INDICAZIONI PRATICHE

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Elisabetta Simeoni ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

PREMESSE

Il presente articolo vuole sinteticamente fornire indicazioni ed elementi pratici per realizzare una proposta di progetto all'interno dell'area delle tossicodipendenze, utilizzando tecniche di project management. I progetti di cui si vuole fornire indicazioni per la loro stesura e realizzazione, sono quelli che prevedono interventi diretti alle persone e/o per la realizzazione di prodotti o materiali di prevenzione. Attività quindi ad orientamento pratico e operativo.

Si deve quindi partire con il concetto che un progetto viene pensato e definito per rispondere ad un problema che necessita di una risposta, avendo in qualche modo definito le cause e sulle quali si possono in qualche modo individuare degli obiettivi al fine di risolvere o governare il problema. L'esistenza di un problema definito e conosciuto nelle cause principali, giustifica la stesura di un progetto di intervento, ben evidenziando quindi il fatto che un progetto non può essere autoreferenziale ma fortemente orientato a rispondere a dei precisi bisogni.

DEFINIZIONI

Spesso vi è una certa confusione sulla terminologia e al fine di omogeneizzare il linguaggio, in questo articolo utilizzeremo la seguente terminologia:

1. "scheda sintetica di progetto" (progetto di massima): sintetica stesura del progetto che ha finalità comunicative preliminari per discutere con i committenti o gli enti autorizzatori l'opportunità di sviluppare un progetto;
2. "proposta di progetto": (o progetto da approvare) stesura più strutturata del progetto che si richiede di autorizzare e finanziare;

3. “progetto preliminare” (o progetto approvato);
4. “piano di progetto” (o progetto esecutivo): un progetto operativo completo di piano temporale di realizzazione e tutte le informazioni per operationalizzare gli obiettivi. È un progetto completo di tutti i calcoli, piani, disegni e particolari tecnici, preventivi e capitolati e viene utilizzato nella fase realizzativa.

Con il termine progetto si deve intendere quindi l'insieme di obiettivi, metodi, attività e quant'altro sia necessario per definire precisamente un intervento che si intende effettuare con un determinato impegno di risorse per raggiungere un obiettivo in un determinato tempo.

Un programma o piano (dal greco “pubblico avviso”) è invece un elenco espositivo particolareggiato, ordinato e tempificato di ciò che si intende fare, è quindi una dichiarazione strutturata in cui si predispongono le modalità e gli sviluppi di un'azione o di una attività, una serie di istruzioni finalizzate a fornire una guida chiara per eseguire azioni ed operazioni di vario tipo.

COMPONENTI DI UN PROGETTO

Un progetto di intervento presenta tre elementi chiave per la propria riuscita. Essi determinano le attività necessarie per la realizzazione del progetto, le risorse e l'impegno necessari:

1. definizione degli obiettivi: chiara definizione dei risultati specifici a conseguire (scopo del progetto);
2. portata: è la combinazione tra tutti gli obiettivi del progetto e il lavoro necessario per raggiungerli. È l'insieme di tutte le singole attività pratiche che il team deve portare a termine;
3. presupposti di fattibilità: sono condizionati dalla reale disponibilità di risorse, dalla raggiungibilità degli obiettivi, dalla complessità dei metodi proposti, dalla durata e dai costi di attività specifiche e dell'intero progetto. Importanti sono anche le conoscenze ex-ante di possibili scenari in caso di comparsa di situazioni limitanti o compromettenti la realizzazione delle attività di progetto.

Per realizzare un buon progetto si devono utilizzare una serie di “ingredienti” indispensabili. I nove elementi ritenuti vincolanti, e che avremo modo di approfondire in questo articolo, sono: l'analisi dei bisogni a cui si deve rispondere (definizione e quantificazione del problema), gli obiettivi specifici (risultati attesi), i criteri di qualità con cui si intendono realizzare gli interventi (vincoli di realizzazione e di operatività a garanzia della qualità dell'intervento), le attività che verranno espletate e i metodi che si utilizzeranno, la tempificazione delle azioni, l'identificazione delle risorse necessarie e disponibili, il piano di valutazione dei risultati completo di indicatori quantitativi, i costi preventivati e i riferimenti scientifici supportanti le scelte di intervento e le ipotesi di base.

Una precisa e dettagliata descrizione di questi nove punti darà sicuramente una struttura logica alla proposta di progetto che ne farà aumentare anche la credibilità. Tale caratteristica è fondamentale nel momento in cui dobbiamo ottenere un'approvazione. Per rendere la proposta di progetto credibile è indispensabile che essa sia chiara, ma nel contempo sintetica, curata nella presentazione formale con una forte coerenza interna e logica nello svolgersi del percorso obiettivi-azioni-valutazione dei risultati e risorse necessarie. Dovrà inoltre essere corredata da un ampio piano di valutazione dei risultati e finanziario. La credibilità della proposta sarà infine fortemente supportata se sarà sostenuta da una ricca revisione della letteratura scientifica sull'argomento a supporto sostanziale e non solo formale di quanto riportato nel progetto, in una logica fortemente orientata all'evidence based.



FRAMEWORK PER LA DEFINIZIONE DI UNA PROPOSTA DI PROGETTO (PARAGRAFI)

Per agevolare la preparazione di un progetto si è sviluppato un percorso logico che viene qui di seguito presentato.

Tab. 1: Framework per la definizione di una proposta di progetto

N	FASI
1	titolo e riassunto
2	introduzione/premesse - background
3	plus valore atteso
4	obiettivo generale
5	target
6	obiettivi specifici, indicatori, base line e criteri di qualità
7	ambienti di intervento
8	Work breakdown structure (WBS) e matrice compiti/responsabilità
9	planning delle azioni (fasi e tempificazioni)
10	risorse esistenti (fattibilità)
11	accreditamenti
12	piano di valutazione
13	metodi
14	collaborazioni
15	diffusione dei risultati
16	piano finanziario
17	elenco dimensionato dei prodotti
18	bibliografia

Titolo del progetto

Il titolo è un “elemento comunicativo sintetico” che presenta e spiega in sintesi i contenuti e gli intenti del progetto. Ha funzioni informative ed attrattive (stimolo della curiosità).

Spesso trasmette la “percezione di credibilità” del proponente al lettore e pertanto è necessaria molta cura nella sua definizione.

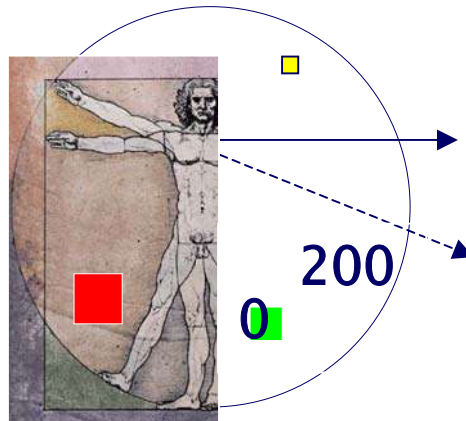
Il titolo deve essere logicamente agganciato all’obiettivo generale ed essere stimolante ma serio. Nel contempo, proprio per stimolare la curiosità e l’interesse, sarà opportuno che sia innovativo e non laconico.

Per meglio definire i contenuti del progetto è comunque da evitare un titolo particolarmente lungo o prolisso, e se necessario si potrà farlo accompagnare da un sottotitolo ad integrazione e spiegazione del titolo. Sarà inoltre opportuno prevedere una sigla (codice) sintetica e facilmente memorizzabile, utile nelle comunicazioni verbali ed operative in ambito gestionale, da associare al progetto. La definizione di un logo potrà inoltre rendere il progetto più personalizzato e distinguerlo meglio da altre proposte concorrenti.

Infine dovrà essere chiaramente riportato il nome del responsabile e la struttura proponente.

Fig. 1: Esempio

IL PROJECT MANAGEMENT nelle tossicodipendenze:
Corso avanzato di tecnica progettuale per gli interventi sociosanitari (PMT)



Introduzione

Risulta utile inserire delle premesse dove definire in sintesi gli elementi che il lettore deve conoscere a priori per comprendere l'utilità dell'intervento proposto nel progetto. È indispensabile quindi enunciare il problema generale e specifico a cui si vuole dare una risposta, le precedenti esperienze di interventi simili riportate in letteratura accreditata e i risultati ottenuti, l'orientamento strategico generale dell'intervento proposto.

In altre parole è necessario evidenziare i bisogni e lo scenario epidemiologico (la dimensione del fenomeno e la possibile evoluzione) che giustificano la necessità dell'intervento, espressa in termini quantitativi più precisi.

Plus valore aggiunto della proposta

In questa sezione vale la pena riportare gli elementi realmente innovativi che verranno prodotti dal PRG e che presentino un "valore comunitario" e di particolare utilità per il target nel ridurre rischi e/o danni.

Il plusvalore viene valutato anche sulla presenza di elementi di economicità rispetto ad altri interventi o al non intervento. Inoltre va presa in considerazione ed evidenziata la capacità di creare "capitalizzazione" di conoscenze e di migliorare le prassi operative.

OBIETTIVO GENERALE

In questo paragrafo si riportano lo scopo e le finalità generali dell'intervento e cioè il risultato che ci si propone di ottenere in termini generali. Tutto questo serve per far entrare in maniera graduale il lettore nella proposta di intervento che non si può esaurire nel solo obiettivo generale, ma neppure entrare troppo nello specifico e nel dettaglio.

Andranno quindi esplicitati l'approccio di fondo, il tipo e l'ambito (prevenzione I, II, cura ecc.) di intervento e a chi è rivolto (sempre in termini generali).



Target (Destinatari, clienti, utenti ...)

Dopo l'elencazione dell'obiettivo generale può essere utile definire subito la popolazione bersaglio dell'intervento, le persone cioè a cui è principalmente rivolto l'intervento (destinatari). A questo proposito è utile descrivere in sintesi anche le loro caratteristiche sociodemografiche ed etnografiche quali le abitudini, le tradizioni, le credenze, le regole sociali e comportamentali, le culture specifiche, i valori di base del target. È infatti necessario conoscere preventivamente questi aspetti per tarare e confezionare interventi credibili, metodi di intervento accettabili e informazioni comprensibili per i destinatari.

Sarà inoltre indispensabile eseguire un'analisi dei comportamenti da modificare e dei fattori determinanti, distinguendo i target primari da quelli secondari, definendo inoltre la numerosità prevista.

A volte per alcuni tipi di intervento risulta necessario ed utile elencare dei criteri di inclusione ed esclusione dall'intervento stesso, che andranno esplicitati in maniera chiara e motivati.

Setting

Con questo termine si intende il contesto ambientale dove verrà eseguito l'intervento inteso come l'insieme delle caratteristiche epidemiologiche generali e specifiche della problematica da affrontare, ma anche delle capacità organizzative e delle risorse esistenti ed attivabili.

Andranno inoltre analizzate le fonti di opposizione e di sostegno al progetto, le aspettative degli stake holders e quanto, nell'ambiente, potrebbe essere in grado di ostacolare o agevolare lo sviluppo del progetto.

Obiettivi specifici

Con questo termine si devono intendere i risultati specifici attesi che dovrebbero derivare dalle azioni che si intendono intraprendere sulla popolazione target.

Per essere definito "specifico" (e quindi valido a fini progettuali e realizzativi) l'obiettivo deve possedere almeno 4 caratteristiche principali:

- chiaro e sintetico (comprensibile negli intenti e valutabile nella fattibilità);
- tempificato (tempi di realizzazione);
- quantificato (nella dimensione di output e nei costi);
- collegato ad indicatori di valutazione di output (prestazioni erogate) e outcome (esiti dei interventi sui destinatari).

Esempio:

OBIETTIVO: Diffondere depliant, spot video e info internet sulla pericolosità dell'Ecstasy entro il 30 giugno 2000

Sulle 73 scuole cittadine (3460 studenti)

Ind. Output = n. di scuole raggiunte. N. di depliant distribuiti, n. di accessi internet;

Ind. Outcome = variazioni del livello informativo e dell'atteggiamento nel target, pre e post intervento.

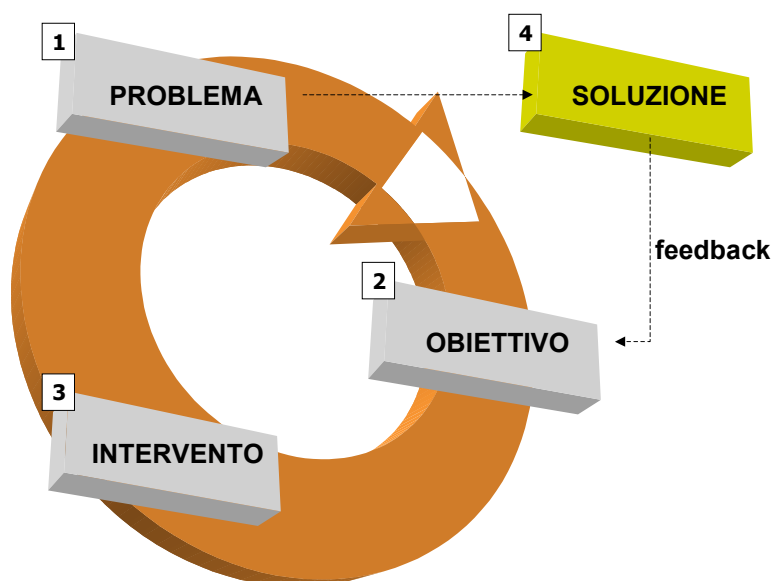
Le caratteristiche di un obiettivo specifico possono essere così riassunte:

1	Specificità (azione su fattori determinanti, ecc.)
2	Con livelli di Qualità Attesa espliciti

3	Misurabilità (indicatori quantitativi)
4	Quantificazione dei risultati minimi attesi (base line standard = il minimo garantito)
5	Tempificazione (tempi di consegna/realizzazione)
6	Collegamento alle risorse disponibili (individuazione precisa)
7	Fattibilità (valutazione realistica)
8	Coerenza con i mandati istituzionali

Un obiettivo specifico deve essere sempre correlato ad un problema (o ad un fattore determinante il problema stesso) e sequenziato da un intervento logicamente e conseguentemente interrelato. La soluzione del problema e la sua percezione attraverso un'opera di valutazione costante potrà riportare un feedback sia di conferma dell'obiettivo specifico fissato o di una sua ridefinizione in caso di non raggiungimento.

Fig. 2: Feedback nella ridefinizione degli obiettivi specifici

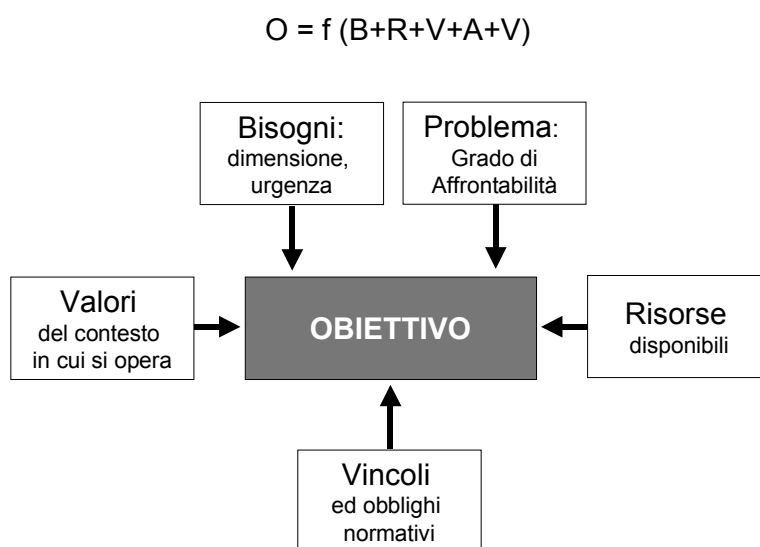


La definizione degli obiettivi specifici è una fase molto critica nella stesura di un progetto. Una buona definizione di questi obiettivi condiziona l'intero progetto e la possibilità di renderlo realizzabile nel momento dell'esecutività.

Un obiettivo specifico può essere condizionato da vari fattori, di cui è necessario tenere conto in modo tale che fra gli intenti e le azioni conseguenti per raggiungere tali risultati attesi vi sia coerenza. Tale condizione inoltre è necessario che esista anche con tutti i vincoli e gli obblighi normativi e valoriali del contesto di riferimento. Un obiettivo specifico viene condizionato quindi dalla dimensione e dall'urgenza dei bisogni, dal tipo e dal grado di affrontabilità del problema e dalle risorse disponibili.

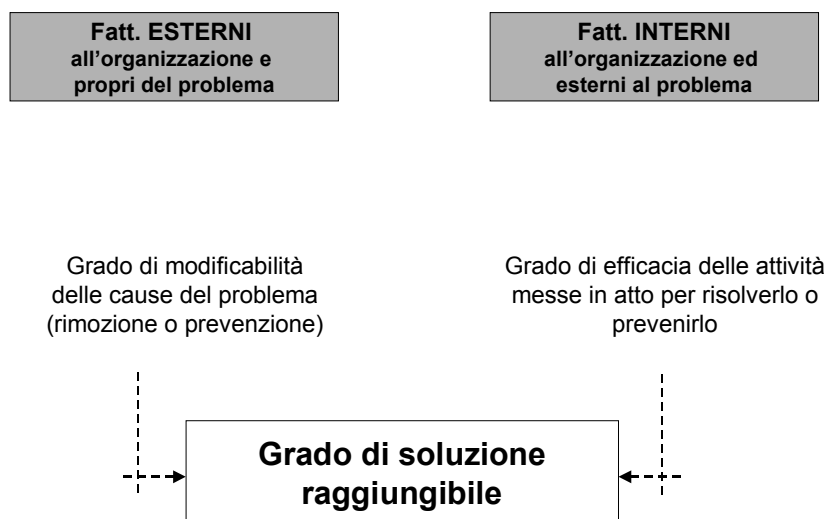


Fig. 3: Fattori condizionanti la definizione di un obiettivo specifico.



Nel definire un obiettivo specifico è quindi necessario prendere in considerazione ex-ante anche la probabilità che si ha di risolvere un problema e quindi comprendere il grado di affrontabilità e cioè il grado di soluzione raggiungibile.

Fig.4: Fattori influenzanti la soluzione di un problema e formulazione di un obiettivo specifico



Gli obiettivi inoltre non possono prescindere da vincoli normativi e dai valori del contesto in cui si opera. Questo comporta chiaramente che il progettista conosca e tenga in considerazione queste condizioni. L'intervento infatti non può essere considerato valido "di per sé" ma sempre in relazione a quanto effettivamente, calato nella realtà sociale di riferimento, tale intervento riesce fattibile, accettabile, legittimo e conseguentemente efficace.

Nella definizione di un obiettivo specifico è utile far riferimento ad una semplice nomenclatura, in modo che anche le successive azioni da programmare risultino più facilmente identificabili.

Tab. 2: Nomenclatura degli obiettivi

N	NOMENCLATURA	ESEMPIO
1	Verbo infinito (azione)	Far aumentare
2	Oggetto dell'azione	il livello di conoscenza
3	Specifiche	sulle modalità di prevenzione dell'overdose
4	Target	nei tossicodipendenti attivi

A ciascun obiettivo specifico è necessario che sia agganciato uno o più indicatori, intendendo con questo termine una "variabile numerica", validamente rappresentativa del risultato atteso, della situazione o del fenomeno che si vuole valutare ed in grado di fornire informazioni utili per il decision making. Gli indicatori possono essere diretti o indiretti in base al grado e al tipo di correlazione che hanno con il fenomeno che intendono rappresentare.

Gli indicatori, negli interventi sulle persone, che si sono dimostrati utili sono fondamentalmente di due tipi:



1. di output – indicatori quantitativi in grado di rappresentare e quantificare le prestazioni erogate dall'operatore (risultati intermedi), indicatori di efficienza.

Utilizzati per la quantificazione e il monitoraggio delle attività e le azioni degli operatori.

Esempi: n. di soggetti contattati, n. di visite mediche eseguite, n. di colloqui psicologici, n. di prelievi eseguiti, n. di vaccinazioni, ecc..

2. di outcome – indicatori quantitativi finalizzati all'evidenziazione degli esiti prodotti (risultati finali) dalle prestazioni erogate. Evidenziano il grado di salute aggiunta e/o grado di patologia evitata dopo l'intervento. Indicatori di efficacia.

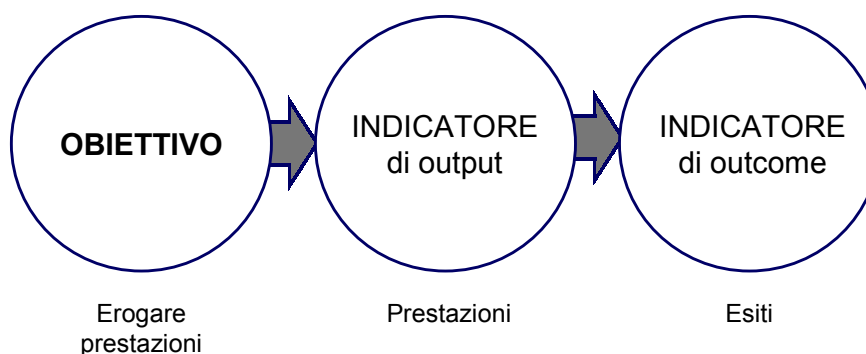
Utilizzati con sistemi in grado di cogliere le variazioni (positive o negative) nel tempo (delta $t_1 \rightarrow t_2$) di variabili valide a rappresentare lo stato di salute del soggetto o il suo grado di rischio.

Esempi: frequenza d'uso delle sostanze, qualità della vita, incidenza di infezioni, grado di integrazione sociale, tempo di sopravvivenza.

Risulta chiaro che il secondo tipo di indicatori monitorizza ciò che è la conseguenza delle prestazioni erogate che a loro volta vengono monitorizzate dal primo tipo di indicatori.

Pertanto non si devono confondere i due tipi di indicatori e nei progetti dovrebbero essere presenti tutti e due in modo da poter comprendere sia il volume prestazionale sia i risultati concreti in termini di utilità ed efficacia sui clienti degli interventi.

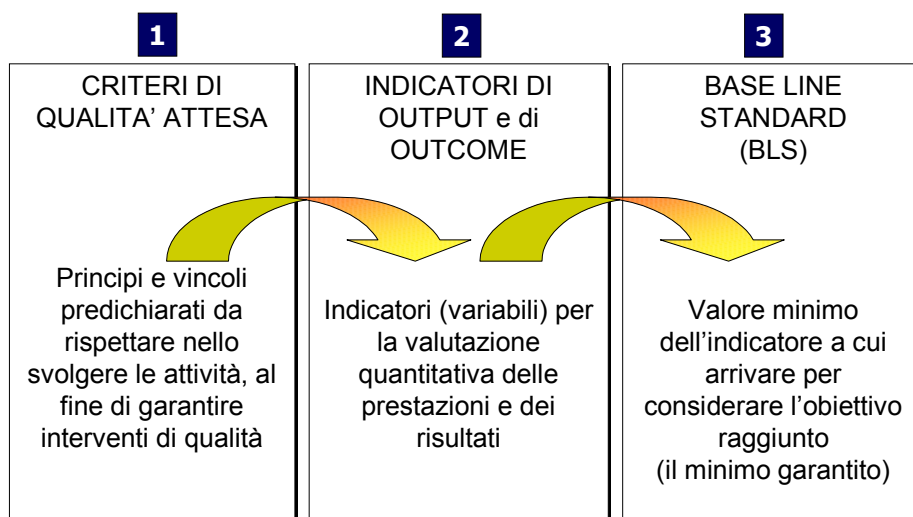
Fig. 5: Relazione obiettivi ed indicatori



La relazione tra obiettivi specifici ed indicatori risulta essere fondamentale nella definizione di un progetto, al punto tale che molto spesso (ed assai opportunamente) si correla anche otticamente nella tabella dove vengono riportati gli obiettivi, con gli indicatori. In questo modo si inizia, tra l'altro, a definire il piano di valutazione.

Nel definire gli obiettivi specifici risulta fondamentale definire anche altri parametri ad essi correlati: i criteri di qualità attesa e i base line standard. Per comprendere meglio di che cosa si stia parlando riportiamo la figura successiva.

Fig. 6: Parametri correlati agli obiettivi specifici



Gli obiettivi possono essere quantitativamente raggiunti ma con qualità molto diversa. Si pensi per esempio se l'obiettivo è quello di prevenire o curare patologie su persone a rischio o malate, mediante azioni quali un colloquio psicologico, una visita o procedura medica, che possono essere eseguiti in modo molto diversificato producendo così prestazioni che potrebbero essere qualitativamente molto diverse indipendentemente dalla quantità prodotta. Questo vale anche per la produzione di prodotti e non solo di servizi alla persona. Basti pensare alla realizzazione di un software che può presentare una ampia gamma di risultati in quanto può essere eseguita in molti modi con diversi livelli di controllo interno, di progettazione dei file, di utilizzo di linguaggi e strutture più o meno complesse ed affidabili in base alle modalità di costruzione. Per ciascun obiettivo andrà quindi definito un elenco di criteri di qualità attesa che tale "prodotto" finale dovrà possedere per essere considerato soddisfacente, ma anche le modalità, i processi e gli standard di costruzione, con cui si dovrà raggiungere tale obiettivo. Tutto questo descrivendo quindi le caratteristiche che il "prodotto" dovrà avere non solo nella sua apparenza ma anche nella sostanza e nel suo modo di essere realizzato, per essere definito di qualità e quindi soddisfacente.

I criteri di qualità possono essere definiti sulla base della normativa specifica, di linee guida accreditate che definiscono le caratteristiche e i metodi di qualità, standard fissati da associazioni o enti di accreditamento, ecc..

Soprattutto per i Base Line Standard è indispensabile una definizione ex-ante. Essi rappresentano in termini quantitativi il valore minimo a cui arrivare per considerare l'obiettivo raggiunto (il "minimo garantito"). Come è facilmente comprensibile predichiarare in maniera quantitativa quali saranno i risultati (attesi) del progetto risulta estremamente utile non solo per valutare la fattibilità del progetto stesso e la sua utilità potenziale, ma soprattutto per poter valutare ex-post se gli obiettivi sono stati realmente raggiunti ed in che misura.

Questo aspetto è spesso disatteso rendendo così i progetti non valutabili sia in fase di selezione che di valutazione finale.

I base line standard (BLS) vengono definiti in modo ragionevole, basandosi sulle evidenze scientifiche, sull'esperienza maturata da analoghe esperienze, valutando il reale grado di fattibilità/raggiungibilità degli obiettivi, tenendo conto del contesto generale, organizzativo e di



risorse esistente. La definizione dei BLS può essere frutto anche di una negoziazione tra ente proponente ed ente finanziatore o committente.

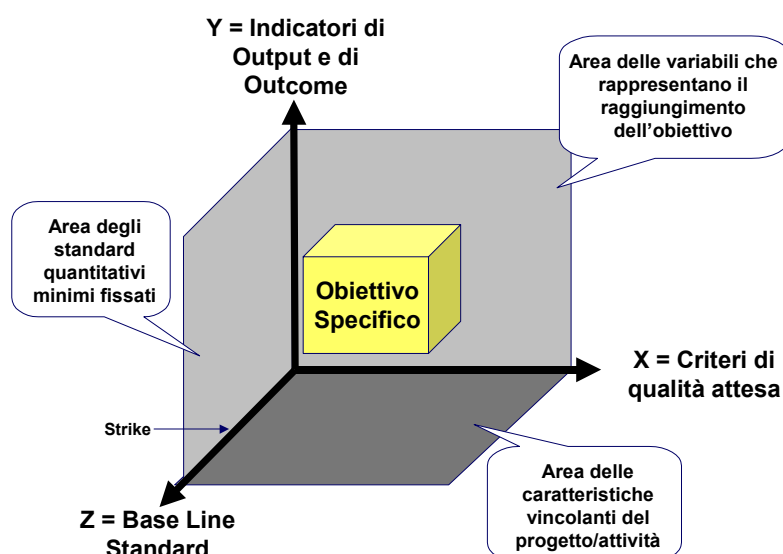
È indispensabile ricordare che un progetto con obiettivi specifici/indicatori senza base line standard non è valutabile sia per poter comprendere la reale portata ex-ante durante la selezione dei progetti, ma soprattutto non sarà possibile comprendere ex-post, se si saranno raggiunti gli obiettivi e prodotti i risultati attesi dopo l'intervento.

La figura successiva riporta il concetto che alla definizione di un obiettivo specifico, oltre l'enunciazione degli intenti, è necessario correlare indicatori di output e di outcome atteso, i criteri di qualità con cui si intende realizzare l'intervento e i base line standard da raggiungere.

Fig. 7: Esempio della correlazione obiettivi/BLS

OBIETTIVI SPECIFICI	1 CRITERI DI QUALITA' ATTESA	2 INDICATORI DI OUTPUT e di OUTCOME	3 Base Line STANDARD
Es. Sottoporre a screening HIV i Td afferenti al Ser.T	Test ELISA + WB Sempre con Counselling In anonimato	n. sog. Esaminati % sog. Esaminati Tempi di attesa Livello informativo post	100 sogg./aa 95 % < 1 ora > 85 %

Fig. 8: Le coordinate che definiscono un obiettivo specifico



Durante la sequenza logica per la definizione degli obiettivi specifici, collegandoli agli indicatori quantitativi e base line standard, viene contemporaneamente iniziata la definizione del piano di valutazione e controllo delle attività del progetto. In questa fase si può incominciare anche la scelta degli strumenti di valutazione attraverso i quali raccogliere i dati per poter comprendere il valore degli indicatori e quindi la “produttività” delle azioni del progetto.

Molto spesso nella definizione degli indicatori per ogni singolo obiettivo specifico vi è la tendenza ad identificarne un grande numero, quasi a voler dare l'impressione di completezza e precisione. Questa azione però aggiunge complessità al progetto e molto spesso gli indicatori utili a far comprendere se i risultati sono stati raggiunti (sia indiretti che diretti) sono pochi e facilmente rilevabili. L'alto numero di indicatori inoltre costringerebbe a costruire un complesso sistema di rilevamento con un esagerato impiego di tempo/operatore.

Molti progetti riportano un esagerato numero di indicatori non corrispondente poi ad un piano di valutazione e ad una elencazione coerente degli strumenti di valutazione. Questa caratteristica denota di solito una scarsa fattibilità del piano di valutazione del progetto stesso e conseguentemente un giudizio negativo del progetto in sede di valutazione ex-ante.

Infine gli obiettivi specifici dovranno essere correlati (per essere operationalizzati) a specifiche azioni e metodi di intervento. Utilizzando questa sequenza logica sarà più semplice definire anche la tempificazione delle azioni e la loro interdipendenza (vedi avanti diagramma di Gantt). Non bisogna però confondere gli obiettivi specifici (risultati attesi) con le attività che sono invece le azioni operative finalizzate e sequenziali nel tempo e i metodi, cioè le modalità operative con cui si realizzano gli interventi.

Fig. 9: Definizione ex-ante degli obiettivi specifici, indicatori correlati e scelta degli strumenti di valutazione

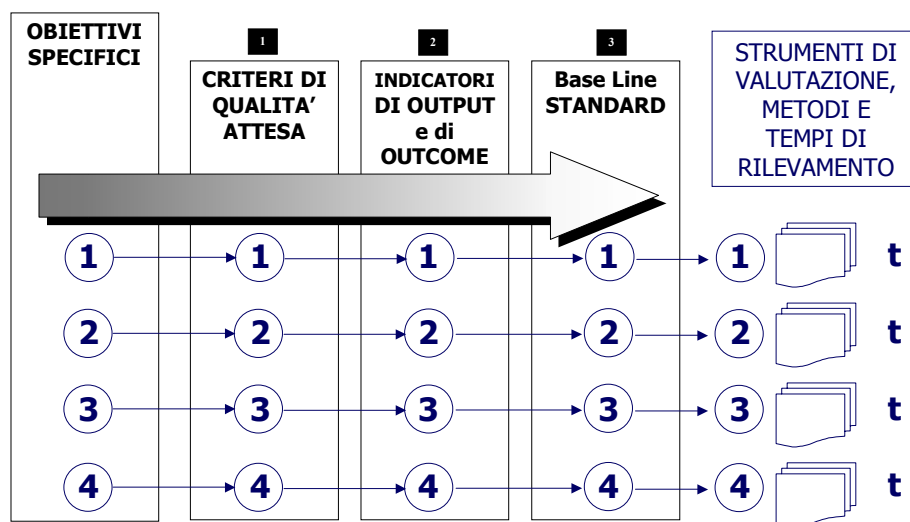
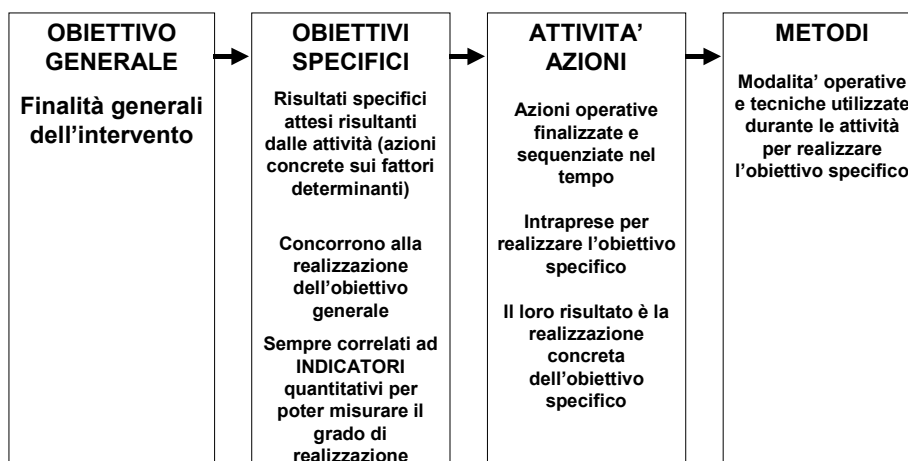




Fig. 10: Correlazione obiettivi, azioni, metodi

N.	Obiettivi specifici	Indicatori di output e outcome	Base Line std, Criteri di qualità	Azioni	Metodi
1					
2					
3					

Fig. 11: Sequenza di definizione



Ambiente di intervento

In questa sezione si devono descrivere e definire in sintesi i luoghi e il territorio dove avverrà l'intervento, avendo cura di elencare le caratteristiche di estensione, di popolazione, di strutture presenti e le particolarità critiche da tenere in considerazione correlate con lo svolgimento delle attività.

Andranno inoltre elencate e definite le responsabilità e competenze sugli ambienti di intervento, in modo da comprendere ed esplicitare anche le varie collaborazioni formali che necessariamente devono preventivamente esistere. È il caso per esempio di interventi che dovranno svolgersi nelle scuole dove i responsabili dell'ambiente di svolgimento degli interventi previsti dal Dipartimento delle Dipendenze sono i dirigenti di istituto, così come per gli interventi sul territorio del Comune è il Sindaco.

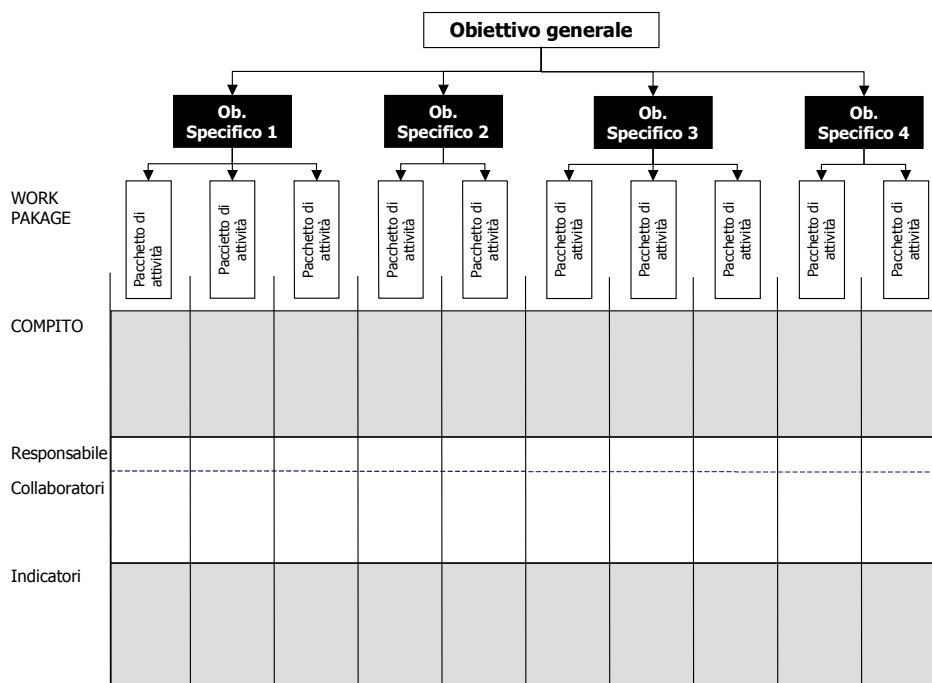
Work breakdown structure (WBS) e matrice compiti/responsabilità

Il progetto può essere rappresentato anche tramite una struttura ad albero (work breakdown structure) che ben visualizza i tre fondamentali livelli di rappresentazione:

- l'obiettivo generale;
- gli obiettivi specifici, intesi come "sottoprogetti";
- i pacchetti di attività necessari per realizzare tali obiettivi (work package).

WBS è una forma di scomposizione strutturata del progetto al fine di definire il lavoro da svolgere, componendolo in "pacchetti" significativi per i quali è utile e necessario organizzare specifiche attività ed identificare un responsabile. Inoltre, risulta molto utile collegare alla WBS la matrice compiti e responsabilità dove vengono esplicitati, per ciascun pacchetto di attività, i compiti specifici attesi, il responsabile della realizzazione di tali compiti e gli eventuali collaboratori, i principali indicatori di risultato intermedio e finale. Tale rappresentazione risulta molto importante per poter comunicare al team di lavoro in modo esplicito e facilmente comprensibile a tutti (e contemporaneamente) le varie attività, definendo senza equivoci chi sarà deputato a farle e i relativi tempi di esecuzione.

Tanto più il progetto è complesso tanto più sarà necessario e utile disporre di uno strumento di rappresentazione di questo tipo per poter coordinare anche i vari gruppi operativi e i vari professionisti.

**Fig. 12: Esempio di una Work breakdown structure (WBS) e matrice compiti/responsabilità'**

Metodi

Con questo termine si devono intendere l'insieme di regole e di principi in base ai quali si svolge una attività. Sono i modi di procedere strutturati ed accreditati con cui si intende svolgere le varie azioni e raggiungere gli obiettivi.

In questa sezione si procede a descrivere i metodi per singolo obiettivo specifico con una elencazione dei protocolli di riferimento riportati in allegato e con i riferimenti bibliografici accreditanti nel settore specifico.

L'elencazione delle metodologie che saranno usate risulta di fondamentale importanza per far comprendere a chi valuterà il progetto il grado di competenza e di affidabilità della proposta.

Planning delle attività/azioni

La definizione della pianificazione temporale è una fase critica dove è necessario porre molta attenzione alla programmazione delle sequenze delle azioni, tentando di ricostruire le diverse macrofasi di sviluppo del progetto. In questa sezione si procede quindi alla definizione della sequenza temporale delle attività/azioni al fine di raggiungere un risultato, individuando nel dettaglio risorse necessarie, compiti, ma soprattutto le scadenze temporali.

Il Planning delle azioni stabilisce la progressione logica e la cronologia di esecuzione che le attività/azioni devono avere in relazione alla loro interdipendenza di realizzazione (es. analizzare i problemi del territorio, eseguire lo studio epidemiologico, formare il gruppo di lavoro, istruire gli operatori, acquisire le risorse specifiche, concordare le collaborazioni, attivare le azioni e le operazioni specifiche, valutare, ecc...).

La definizione delle attività è un passaggio operativo concreto, necessario per raggiungere

un obiettivo del progetto e rappresenta il lavoro effettivo che verrà eseguito per il progetto.

La descrizione dell'attività però non deve essere troppo ampia (attività di riepilogo) e neppure troppo dettagliata (singole azioni), ma evidenziare quella che è ritenuta significativa per il concreto sviluppo del progetto.

L'aggregazione in fasi delle singole azioni aiuta molto ad esplicitare meglio la sequenza temporale e a dare una struttura logica più intelligibile al progetto.

In questa sezione sarà indispensabile individuare le "attività critiche" e cioè quelle importanti attività in grado di condizionare il percorso e la riuscita del progetto (passaggi obbligati).

Andranno anche evidenziate le "attività cardine" e cioè i punti di attività che vengono prefissati con lo scopo di tenere traccia dello stato di avanzamento del progetto. Questi punti sono utili al controllo dello stato di avanzamento.

L'aggregazione in fasi è sicuramente un sistema utile per la definizione del piano temporale. Con il termine "fase" si intende un gruppo di attività correlate ed organizzate in una sequenza logica e temporale. Le fasi sono quindi aggregazioni di attività, elementi composti che definiscono in maniera più comprensibile il piano del progetto, utili alla programmazione di dettaglio che verrà eseguita in fase esecutiva del progetto dopo la sua approvazione.

Fig. 13: Aggregazione delle attività in fasi

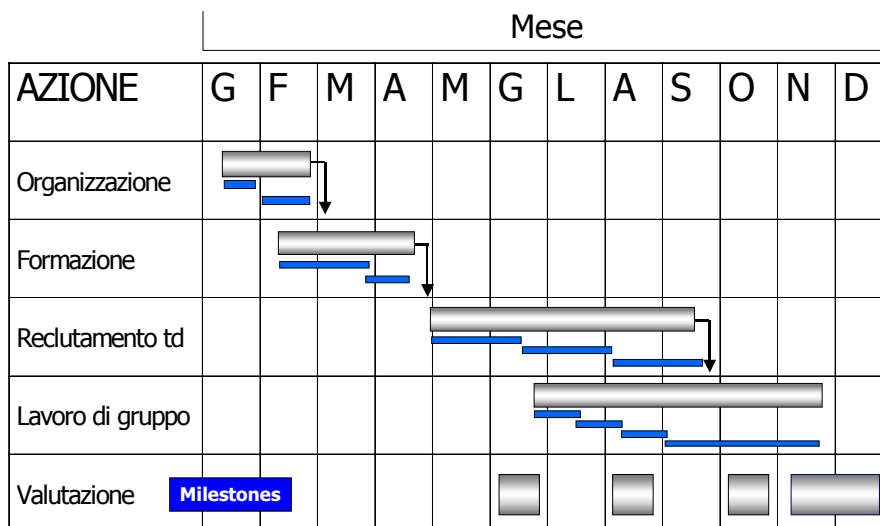
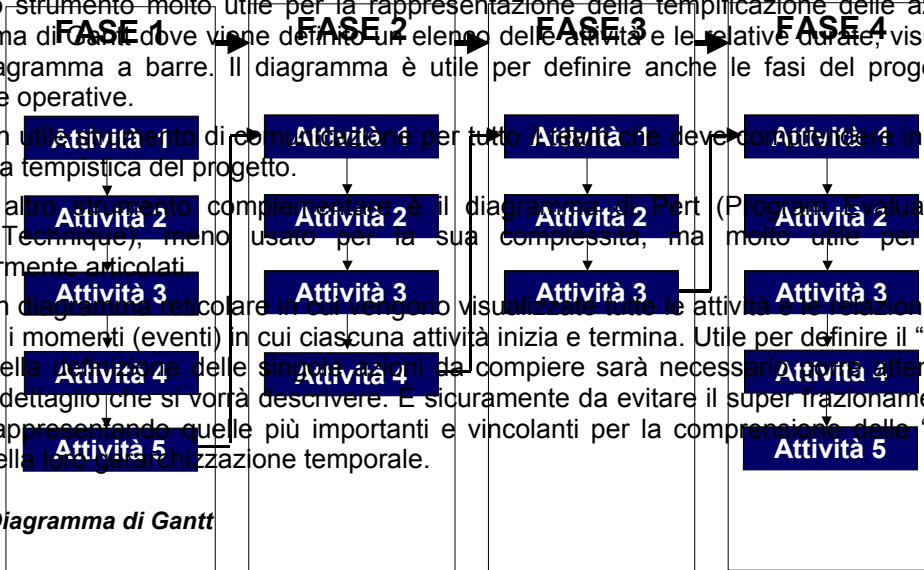
Uno strumento molto utile per la rappresentazione della tempificazione delle azioni è il diagramma di fasi dove viene definito un elenco delle attività e le relative durate, visualizzate in un diagramma a barre. Il diagramma è utile per definire anche le fasi del progetto e le sequenze operative.

È un utile strumento di comunicazione per tutto il progetto che deve condurre in maniera univoca la tempistica del progetto.

Un altro strumento complementare è il diagramma di Pert (Program Evaluation and Review Technique), meno usato per la sua complessità, ma molto utile per progetti particolarmente articolati.

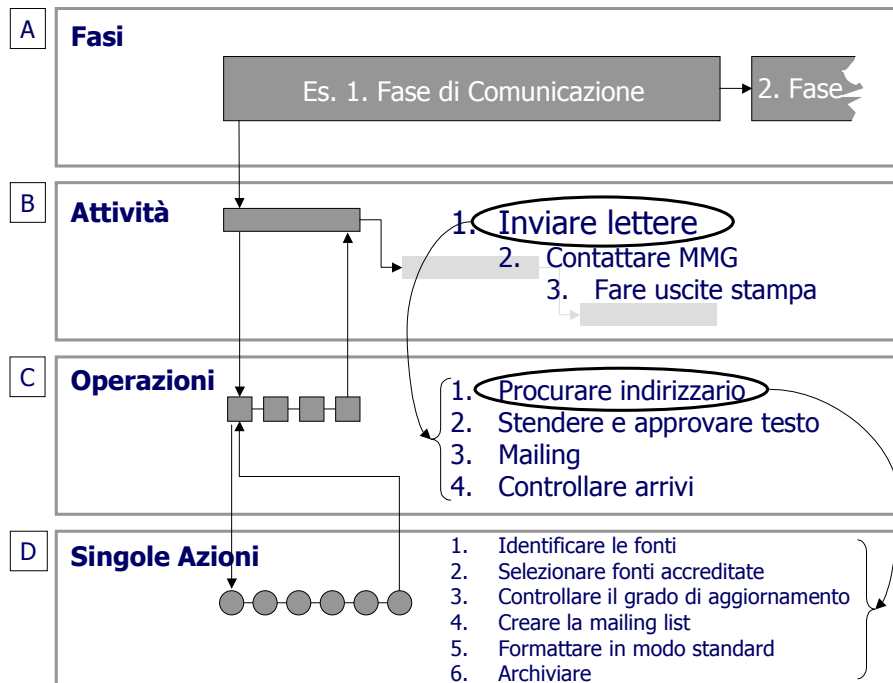
È un diagramma reticolare in cui vengono visualizzate tutte le attività e le relazioni tra loro. Identifica i momenti (eventi) in cui ciascuna attività inizia e termina. Utile per definire il "percorso critico". Nella descrizione delle singole azioni da compiere sarà necessaria una attenzione al livello di dettaglio che si vorrà descrivere. È sicuramente da evitare il super frazionamento delle azioni, rappresentando quelle più importanti e vincolanti per la comprensione delle "cose da fare" e della loro organizzazione temporale.

Fig. 14: Diagramma di Gantt





A questo proposito si rimanda alla figura successiva che definisce il modello interpretativo delle attività e della modalità di identificazione e rappresentazione nel diagramma di Gantt.

Fig. 15: Raggruppamento in fasi e scomposizione delle attività

Nel definire il diagramma di Gantt sarà utile evidenziare anche il “Percorso critico” e cioè l’insieme delle attività e degli eventi sequenziali che richiedono il tempo più lungo e in grado di condizionare criticamente la realizzazione del piano di progetto.

Nel digramma di Gantt risulta infine indispensabile definire le “Attività Critiche” e le “Attività Cardine”.

Le prime sono importanti attività in grado di condizionare il percorso e la riuscita del progetto (passaggi obbligati). Le seconde, sono punti di attività che vengono prefissati con lo scopo di tenere traccia dello stato di avanzamento del progetto (appuntamenti di valutazione) utili al controllo dello stato di avanzamento (milestones).

Per definire le azioni e realizzare un diagramma di Gantt è necessario seguire una semplice sequenza logica:

1. Collegare le attività/azioni agli obiettivi specifici.
2. Specificare la durata in giorni per singola azione.
3. Creare la sequenza gerarchica temporale (timetable) delle attività.
4. Specificare le attività che devono essere necessariamente in serie e quelle che possono o devono essere eseguite in parallelo (contemporaneamente).
5. Identificare le attività da considerare “cardine” nello svolgimento del progetto e da tenere sotto particolare controllo.
6. Realizzare la rappresentazione grafica, posizionando le barre sulla griglia temporale.
7. Distinguere le azioni finalizzate alla produzione dell’intervento da quelle della valutazione (milestones) posizionandole in un settore specifico alla base del diagramma per agevolarne la lettura.
8. Specificare la durata totale del piano.



9. Aggiungere eventuali note a commento e spiegazione delle sequenze soprariportate.
10. Rappresentare il tutto in un grafico chiaro e ben curato nell'aspetto formale (consigliabile utilizzare il formato A3).

Risorse esistenti

Per comprendere la reale fattibilità del progetto è indispensabile elencare anche le risorse esistenti e realmente utilizzabili dal proponente il progetto. Le risorse consistono nell'insieme di persone, materiali e mezzi a reale disposizione per la realizzazione del progetto

Sono incluse le seguenti risorse:

- Strutturali.
- Umane.
- Reti consultive esterne.
- Finanziarie.
- Organizzative.
- Tecnologiche.
- Know how & skill.
- Politiche.

In questa sezione si deve quindi definire l'elenco delle risorse esistenti ed investibili nel progetto (per aree omogenee), finalizzato alla dimostrazione della fattibilità del progetto proposto. Il volume e la qualità delle risorse devono essere dimensionate ed appropriate al lavoro da svolgere ed alle complessità tecnico scientifiche da affrontare, reali e chiaramente non "millantate".

Accreditamenti

In questa sezione si devono inserire tutte quelle informazioni in grado di dar credito, fiducia e credibilità relativamente alla capacità del proponente di realizzare con successo il progetto proposto. Fanno parte di queste per esempio le certificazioni di qualità ISO, i riconoscimenti istituzionali, le precedenti esperienze dimostrabili, le pubblicazioni, ecc..

Possono far parte di questa sezione anche le partecipazioni a ricerche, gruppi di lavoro e società scientifiche.

Piano di valutazione

Questa parte rappresenta un punto critico particolarmente importante del progetto che deve essere definito con molta attenzione. È l'insieme pianificato e tempificato delle azioni volte a valutare le attività del progetto in corso d'opera e alla fine. Le attività di valutazione devono essere svolte costantemente e il loro svolgimento deve essere connesso e contemporaneo con le attività di realizzazione del progetto. L'attività di valutazione quindi non va considerata come attività accessoria ed indipendente dal lavoro da eseguire per la realizzazione del progetto, ma deve essere progettata in modo tale che le attività pratiche ed operative siano costantemente agganciate ad una attività di valutazione.

La valutazione, per essere ritenuta valida, deve riguardare *contemporaneamente* le seguenti variabili:

1. risorse impiegate;
2. prestazioni erogate (volume e densità);

3. tempi di realizzazione;
4. risultati ottenuti (esiti degli interventi sulle persone);
5. qualità del prodotto/servizio reso;
6. costi.

Per realizzare questo è necessario utilizzare un sistema di indicatori quantitativi che sia limitato ma nel contempo rappresentativo delle caratteristiche da rappresentare, attuando una comparazione dei dati con standard di riferimento che possono essere interni (base line standard) o esterni nel caso esistano dei riferimenti.

Normalmente risulta utile fissare dei punti di verifica intermedia (milestones) che siano predeterminati con scadenze definite. I milestone sono indispensabili per il management e devono essere considerati “appuntamenti obbligati” sullo stato di avanzamento. Essi devono essere inseriti nel diagramma di Gantt.

Il sistema di valutazione deve essere strutturato in modo da essere tempestivo nel segnalare eventuali non raggiungimenti di obiettivi e di sfondamento di costo. Tutto questo in quanto i correttivi devono poter essere attivati in tempo utile e non alla fine del progetto dove non è più possibile aggiustare eventuali anomalie.

Fig. 15: Piano di valutazione ex-ante sui risultati e costi preventivati

AMBITO DI VALUTAZIONE	indicatori	strumenti	Piano temporale											
			G	F	M	A	M	G	L	A	S	O	N	D
OUTPUT	Prestazioni	Sistema MFP				◆		◆		◆		◆		◆
OUTCOME	Risultati	CBE ASI			◆			◆			◆			◆
COSTI	Spesa	Budget control	●		●		●		●		●		●	
QUALITA'	Criteri	CSS				●			●			●		●

Il piano di valutazione ex-ante deve soddisfare alcuni criteri in modo tale da rendere fattibile la successiva valutazione ex-post. Infatti non si potranno valutare progetti non impostati fin dall'inizio con caratteristiche che ne permettano la quantificazione dei risultati. Va considerato che i quattro requisiti da assicurare per poter realizzare un report finale delle attività dei progetti (ex-post), in modo tale da rendere possibile la valutazione dei risultati raggiunti sono:

1. che vi sia stata una predichiarazione di obiettivi chiari e sintetici con indicatori



- quantitativi e base line standard (BLS) ben quantificati nel progetto iniziale;
2. presenza di “validità” degli indicatori e del modello osservazionale utilizzato;
 3. esistenza di coerenza e correlazione tra obiettivi specifici-indicatori-metodi/attività predichiarati nel progetto e quelli riportati nel report finale con allineamento dei formati di presentazione dati (BLS – risultati attesi $\leftarrow$ $\rightarrow$ risultati osservati) al fine di poter cogliere gli scostamenti;
 4. credibilità/affidabilità (coerenza) delle informazioni contenute nel report finale.

La fattibilità quindi della valutazione di risultato (cioè l'osservazione delle differenze tra i risultati attesi e quelli osservati) dipende soprattutto dalla presenza di coerenza dei format ex-ante ed ex-post e dalla predefinizione dei base line standard. **Fig. 16: Matrice logica per la valutazione dei risultati dei progetti**

PUNTI DI VALUTAZIONE		EX-ANTE (atteso)	EX-POST (osservato)	SCOSTAMENTO
1	IND. OUTPUT OUTCOME	n. di indicatori dichiarato	n. di indicatori utilizzati	Δ e motivazioni
2	Obiettivo A OUTPUT OUTCOME	BASE LINE predichiarati	RISULTATO raggiunto	Δ e motivazioni
	Obiettivo B OUTPUT OUTCOME	BASE LINE predichiarati	RISULTATO raggiunto	Δ e motivazioni
3	TEMPI di realizzazione	Predichiarati (gantti di previsione).	Osservati (gantti consuntivo).	Δ e motivazioni
4	IMPEGNO FINANZIARIO	COSTI preventivati	SPESE sostenute	Δ e motivazioni
5	QUALITA' DEGLI INTERVENTI	N. di CRITERI DICHARATI base line predichiarati	N. di CRITERI RISPETTATI SCORE per singolo criterio	Δ e motivazioni

La valutazione dei criteri di qualità andrà eseguita da un ente/organismo terzo (indipendente) al progetto che dovrà esprimere attraverso uno score il rispetto dei singoli criteri di qualità predichiarati.

La tabella successiva riporta un esempio di valutazione relativa ai criteri di qualità (generici) definiti per la realizzazione di un portale internet sulle tossicodipendenze.

È infine utili ricordare che la fattibilità della valutazione di risultato (cioè l'osservazione delle differenze tra i risultati attesi e quelli osservati) dipende soprattutto dalla presenza di coerenza dei format ex-ante ed ex-post e dalla predefinizione dei base line standard.

Tab. 3: Esempio di valutazione secondo criteri di qualità

N.	CRITERIO DI QUALITÀ PREDICHIARATO	PUNTEGGIO RIPORTATO (0-10)
1	Fare in modo che il sistema abbia una forte trasparenza relativamente alle modalità di amministrazione centrale e periferiche, prevedendo la definizione, la formalizzazione e la pubblicazione dei gruppi redazionali all'interno del sito.	9
2	Coordinare il sistema nazionale con altre iniziative in corso a livello europeo; in particolare, un progetto che presenta interesse da questo punto di vista è quello della "Biblioteca virtuale" dell'OEDT, che prevede una standardizzazione delle procedure di creazione e gestione delle banche dati sui problemi di droga nei paesi dell' UE.	8
3	Prevedere una forte integrazione degli ambienti web tra le organizzazioni del pubblico e del privato sociale accreditato.	10
4	Mantenere la gestione di ogni singolo portale regionale, decentrata e distribuita su ogni singola regione partecipante in modo da garantire autonomia e diretta responsabilità relativamente ai contenuti delle informazioni immessi all'interno del sito regionale.	10
5	Garantire un' aggiornamento costante e tempestivo dei dati e delle informazioni contenute nel data base del portale mediante sistemi automatici e appositi gruppi di lavoro.	8
6	Mantenere in linea anche una base informativa specificatamente dedicata agli utenti non professionali (giovani, famiglie, educatori).	7
7	Garantire, quanto più possibile i livelli di sicurezza e di affidabilità del portale sia relativamente alla protezione del data base che alla persistenza in attività (24h/24h x 365 gg/aa) del portale (secondo standard NBC/3.1).	10
8	Garantire la coerenza con la normativa nazionale ed europea relativamente ai portali internet.	9

Collaborazioni

Nella definizione del progetto risulta molto importante definire anche le possibili e necessarie collaborazioni che si devono instaurare per assicurare una migliore riuscita del progetto stesso. Andrà analizzato e compreso se esistono altre organizzazioni che operano già sullo stesso problema e nello stesso ambiente al fine di coordinare gli interventi, creare sinergie e risparmio di costi.

Le collaborazioni andranno elencate e dichiarate anche mediante l'ottenimento di una lettera formale di adesione.

Diffusione dei risultati

In questa sezione andrà sinteticamente elencato il debito informativo definendo in sintesi il piano di comunicazione dei risultati ottenuti e le modalità di reporting. In altre parole andrà definito un programma prestrutturato dei ritorni informativi, i vari destinatari, le forme e i supporti specifici che si utilizzeranno, precisando le azioni e i tempi per garantire una seria ed ampia diffusione ed utilizzo di quanto realizzato dal progetto.

Sarà quindi necessario elencare i tipi di informazioni che verranno trasmesse (sintesi divulgative, articoli scientifici, monografie, CD rom, internet, ecc., i tempi (inizio, progress, fine), le modalità e dimensioni (conf. stampa, workshop, pubblicazioni, ecc.), e il target della comunicazione (operatori, committenti, popolazione, mondo scientifico ecc.).



Piano finanziario

Questo piano va considerato come un preventivo dei costi che dovrà sostenere il finanziatore del progetto e l'ente gestore, con un elenco chiaro e strutturato in forma tabellare delle possibili voci di spesa e dei relativi costi. A questo proposito è indispensabile realizzare in piano dei costi dove si possano evincere anche le imputazioni di spesa all'ente proponente il progetto che sarà in seguito il gestore. Si possono utilizzare diversi livelli di dettaglio, anche se conviene creare delle aggregazioni, tenendo conto dei possibili ribaltamenti o riallocazioni di quote tra diversi capitoli di costo nel momento in cui si andrà in esercizio.

Sarà necessario definire le singole voci di costo divise ed assegnate quindi agli enti finanziatori e gestori (es. U.E, ULSS) con colonne distinte e utilizzando righe di subtotale che aiutano molto la lettura e la comprensione.

Sarà utile inoltre partire da un elenco ("Memo") delle risorse necessarie rilevate in fase di definizione degli obiettivi e dei metodi, dove risulta più semplice capire e quantificare i bisogni. Nel definire il piano finanziario sarà indispensabile essere realistici e parametrizzare sui costi di mercato.

Fig. 17: Esempio schematico di piano finanziario

VOCI DI COSTO	A CARICO:	
	ASL	Ente finanziatore
PERSONALE	150.000	300.000
SERVIZI	50.000	30.000
BENI Inventariabili	-----	800.000
BENI di consumo	50.000	-----
SEGRETERIA	180.000	-----
MISSIONI	-----	200.000
ALTRI COSTI	50.000	1.000
Totale per ente	480.000	1.331.000
Totale del progetto	1.811.000	

Elenco sintetico dimensionato dei prodotti tangibili del progetto

È la lista dei prodotti che verranno realizzati dal progetto descritti in modo tabellare ma esauriente, al fine di far comprendere le loro caratteristiche minime, la quantità prodotta, gli obiettivi che daranno origine a tali prodotti e la loro utilità anche per altre realtà.

È la lista delle "consegne tangibili attese". In questa sezione sarà utile chiarire anche gli aspetti relativi alla proprietà intellettuale, ai diritti e agli eventuali vincoli di utilizzo dei prodotti (possibile o divieto di commercializzazione, modalità di cessione a terzi, possibili enti beneficiari, ecc.).

Fig. 18: Elenco dei prodotti tangibili

NOME DEL PRODOTTO	Descrizione sintetica	Formato	Quantità	Obiettivi soddisfatti
MONOGRAFIA	Linee guida per operatori sul	Volume di 200 pag.	1000 copie	1, 2, 5
APPLICAZIONE INFORMATICA	Programma per la gestione epidemiologica	Software in CD Rom	500 copie con licenza	3, 4
WORKSHOP	Seminario sulle tecniche di	3 giornate residenziale per 50 pers.	5 incontri	7
RASSEGNA DELLA LEGISLAZIONE	Tutta la normativa specifica su	Ipertesto Volume	500 copie 500 copie	6, 8

Rassegna Bibliografica

In questa importante sezione si devono elencare gli articoli e/o pubblicazioni essenziali sull'argomento (10 – 20 voci) che abbiano alcune caratteristiche: scientifiche, aggiornate, coerenti con le metodologie proposte.

Utile a questo proposito si è dimostrato l'utilizzo di metodologie che utilizzino l'evidence base come metodo di selezione e di individuazione dei riferimenti scientifici su cui strutturare gli interventi.

Altre specifiche

Risulta utile infine dichiarare le modalità di protezione degli operatori (assunzione di responsabilità e garanzia di applicazione), le eventuali polizze assicurative e le supervisioni previste ecc..

Se vi fossero degli aspetti specifici che riguardino particolari campi di applicazione si potranno approfondire inserendo eventuali allegati esplicativi. **CONCLUSIONI** Dopo aver sviluppato questo framework si è pronti per scrivere il riassunto (sintesi) del progetto, attraverso il quale poter comunicare in maniera semplice ma efficace, i propri intenti, gli obiettivi e la portata del progetto.

Questa parte è di particolare importanza se si considera che molto spesso la valutazione del progetto (inopportuno) viene eseguita solo sul riassunto.

Questa sintesi non dovrà superare le 2-3 pagine, procedendo in forma schematica e non descrittiva e per punti. È indispensabile evidenziare il titolo facendolo seguire da sintetiche premesse che permettano al lettore di posizionarsi correttamente sul problema a cui si vuole dare una risposta con il progetto proposto. Successivamente andranno elencati gli obiettivi specifici, i metodi e tempi di realizzazione, le collaborazioni e il costo totale. Il riassunto del progetto deve essere esteticamente perfetto e curato nella forma di presentazione che dovrà permettere anche una agevole individuazione del responsabile del progetto e della struttura di appartenenza.

Dopo questa ultima operazione il progetto è pronto per essere riletto e ottimizzato, analizzando soprattutto le coerenze interne tra obiettivi – indicatori – metodi – azioni – tempi –



costi, e la forma di presentazione. Dopo di che si potrà presentare all'ente competente per l'approvazione e l'eventuale finanziamento.

La gestione informatizzata del progetto in esercizio

Al fine di agevolare il controllo e la conduzione del progetto in esercizio, si potrà ricorrere a specifici programmi di supporto informatico. Uno specifico prodotto è stato sviluppato dal nostro gruppo di lavoro sulla base della metodologia sopra riportata e consente un'agevole gestione del progetto sia per la parte di controllo delle attività e del raggiungimento degli obiettivi, sia per la parte finanziaria. Il software è denominato Project Management System (PMS) © e permette anche una semplice reportistica standard sia in progress che finale.

1. Titolo e splash page	1.1 Titolo [elemento comunicativo sintetico, presenta e spiega in sintesi i contenuti e gli intenti del progetto. Ha funzioni informative ed attrattive e spesso trasmette la "percezione di credibilità" del proponente]	
	1.2 Sottotitolo [integrazione e spiegazione del titolo]	
	1.3 Nome del responsabile e struttura proponente	
	1.4 Sigla [codice identificativo]	1.5 Logo [forma grafica del simbolo in cui il cliente e l'utente identificano l'immagine di un prodotto]



2. Premesse	2.1 Sintesi del Problema e soluzioni generali proposte dal Progetto [Definizione del problema generale e specifico a cui si vuole dare una risposta]
	2.2 Precedenti esperienze riportate in letteratura
	2.3 Orientamento strategico generale dell'intervento
3. Bisogni	3.1 Scenario Epidemiologico [Dimensione del fenomeno che si vuole affrontare e sua possibile evoluzione. Utili stime di prevalenza ed incidenza, dati quantitativi relativi alle persone interessate e potenzialmente coinvolgibili]
	3.2 Bisogni rilevati e necessità dell'intervento [rischi e danni attuali ed emergenti in caso di non intervento]

4. Plus Valore Aggiunto	4.1 Elementi Innovativi [elementi di novità e di miglioramento rispetto a quanto già conosciuto ed utilizzabile)
	4.2 Elementi di Valore Comunitario [grado di esportabilità in altre unità operative od in altre realtà omologhe)
	4.3 Elementi di particolare utilità per Target (utilità per i destinatari nel ridurre rischi e/o danni e rispondere ai loro bisogni)
	4.4 Elementi di Economicità (grado di risparmio teorico, in termini di costi, o di guadagno, in termini di benefici, rispetto ad altri tipi di intervento, già conosciuti e validati, od al non intervento]



5. Scheda Analisi di Fattibilità

Presupposti di Fattibilità: sono condizionati dalla reale disponibilità di risorse, dalla raggiungibilità degli obiettivi, dalla complessità dei metodi, dalla durata e dai costi di attività specifiche, ecc.. È necessario inoltre conoscere e definire i vincoli ed i condizionamenti alla realizzazione del progetto. Tutto questo è indispensabile per stimare ex-ante la fattibilità. Per meglio comprendere tali possibili difficoltà si devono inoltre distinguere le situazioni interne all'organizzazione, più controllabili, da quelle esterne meno controllabili.

POSSIBILI CRITERI DI VALUTAZIONE

Reale disponibilità di risorse interne

Numerosità e vastità degli obiettivi (raggiungibilità)

complessità dei metodi da utilizzare

Congruità della durata proposta

Portata generale

Competenze e credibilità del proponente

n. di persone ed organizzazioni da coinvolgere per poter raggiungere gli obiettivi

Fonti di opposizione

5.1 Vincoli e Condizionamenti INTERNI

Modalità per Superarli

1

2

3

4

5.2 Vincoli e Condizionamenti ESTERNI

Modalità per Superarli

1

2

3

4

5

6. Obiettivo Generale	6.1 Finalità Generali [Scopo generale dell'intervento. È il risultato che ci si propone di ottenere, in termini generali, e che giustifica l'intervento]
	6.2 Tipo di Approccio [metodo generale usato od orientamento seguito per realizzare l'intervento. Es.: di prevenzione secondaria, di intervento di comunità, di outreach, di screening, di informazione generale ecc.]
	6.3 A chi è primariamente rivolto l'intervento [destinatari in termini generali e non dettagliati]



7. Target (Destinatari)	7.1 Target primari	7.2 Numerosità Prevista
	7.3 Target secondari	7.4 Numerosità Prevista
	7.5 Criteri (se necessario) Inclusione Esclusione	

8. Target primario (Destinatari)	8.1 Caratteristiche sociodemografiche generali [classi di età, rapporto tra sessi, densità rispetto alla popolazione, ecc.]
	8.2 Caratteristiche etnografiche [le abitudini, le tradizioni, le credenze, le regole sociali e comportamentali, le culture specifiche, i valori di base del target, che è necessario conoscere per tarare e confezionare interventi credibili, metodi di intervento accettabili e informazioni comprensibili per i destinatari.)
	8.3 Comportamenti da modificare e principali fattori determinanti su cui si andrà ad agire



9. Scheda Memo-\$ (Necessità)	MEMO [Foglio Memo-\$: serve per appuntare, durante la definizione degli obiettivi specifici e delle attività, le necessità derivanti. È un foglio promemoria per la successiva stesura del piano finanziario]			
	Obiettivi e/o metodi	Necessità	Specifiche quantitative	Costo Previsto
	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
8				

10. Obiettivi Specifici

[Obiettivi Specifici: sono i risultati specifici attesi che devono derivare dalle azioni che si intendono intraprendere sulla popolazione target.

Un risultato si definisce Specifico quando siano soddisfatte le seguenti principali condizioni: 1. Chiaro e sintetico; 2. Tempificato; 3. Quantificato (output e costi), 4. Collegato ad indicatori di Valutazione di output ed outcome.

N	Obiettivi Specifici (Risultati attesi) [Verbo infinito + oggetto dell'azione + specifiche + target]	Indicatori e BLS di: [indicatori per la valutazione quantitativa]			
		Output (prestazioni erogate)		Outcome (risultati/esiti)	
		INDICATORE	BLS	INDICATORE	BLS
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					



11. Criteri di Qualità degli Obiettivi Specifici		
[Obiettivi Specifici: sono i risultati specifici attesi che devono derivare dalle azioni che si intendono intraprendere sulla popolazione target. Un risultato si definisce Specifico quando siano soddisfatte le seguenti principali condizioni: 1. Chiaro e sintetico; 2. Tempificato; 3. Quantificato (output e costi) e 4. collegato ad indicatori di Valutazione di output ed outcome		
N	Obiettivi Specifici (Risultati attesi)	Criteri di qualità attesa e score di importanza
1		1. score 2. score 3. score
2		1. score 2. score 3. score
3		1. score 2. score 3. score
4		1. score 2. score 3. score
5		1. score 2. score 3. score
6		1. score 2. score 3. score
7		1. score 2. score 3. score

12. Ambienti di Intervento

12.1 Definizione dei Luoghi e del Territorio (sede, estensione, ecc.)

12.2 Particolarità critiche (caratteristiche e complessità particolari dell'ambiente dove si svolgerà l'intervento, di cui bisogna tenere conto durante la strutturazione e l'attuazione delle attività al fine di renderle fattibili ed efficaci riducendo così le probabilità di problemi emergenti e/o fallimento)

12.3 Responsabilità e competenze sull'ambiente sede dell'intervento (elencare e definire precisamente se esistono responsabilità istituzionali sul territorio/ambiente sede dell'intervento. Azione necessaria al fine di comprendere ex-ante eventuali accordi da stipulare, permessi e legittimazioni da ottenere prima di entrare in azione)



13. Metodi	13.1 Metodi per Obiettivo specifico	
	[Metodi: insieme di regole e principi in base ai quali si svolge un'attività. Sono modi di procedere strutturati ed accreditati con cui si intende svolgere le attività e raggiungere gli obiettivi]	
	Obiettivo 1	descrizione:
		Riferimenti bibliografici-scientifici: n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____
	Obiettivo 2	descrizione:
		Riferimenti bibliografici-scientifici: n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____
	Obiettivo 3	descrizione:
		Riferimenti bibliografici-scientifici: n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____
	Obiettivo 4	descrizione:
		Riferimenti bibliografici-scientifici: n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____
	Obiettivo 5	descrizione:
		Riferimenti bibliografici-scientifici: n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____
	Obiettivo 6	descrizione:
		Riferimenti bibliografici-scientifici: n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____ - n. ____

14. Planning (fasi)	14.1 Scheda Fasi di Attività del Progetto		
	[Fasi: raggruppamenti di attività correlate ed organizzate in sequenza logica e temporale. Le fasi sono aggregazioni di attività, sono elementi compositi che definiscono in maniera più comprensibile il piano del progetto, utili alla programmazione.]		
	Fase	Descrizione	Durata (mesi/gg)
	1		
	2		
	3		
	4		
	5		



15. Risorse del Proponente

15. Definire l'elenco, per Aree, delle risorse già esistenti che verranno utilizzate
 [Risorse Esistenti: insieme di persone, materiali e mezzi a reale disposizione per la realizzazione del progetto. Utile per valutare la reale fattibilità del progetto]

15.1 Strutturali

15.5 Reti consultive esterne

(collaborazioni e consultazioni attivabili in ambito tecnico e scientifico, utili e di supporto alle attività degli operatori e necessarie per individuare più rapidamente eventuali soluzioni per criticità o problemi emergenti)

15.2 Organizzative specifiche

15.3 Umane

N.Sogg.	Professionalità	gg/aa per operatore

15.6 Specific Know how & skill

(conoscenze, competenze ed abilità specifiche derivanti da esperienze pregresse ed utilizzabili nel progetto, dimostrabili sotto forma di pubblicazioni scientifiche prodotte, training strutturati, incarichi e compiti istituzionali e prodotti tangibili)

15.4 Tecnologiche (strumentazione informatiche, laboratoristiche, altre attrezzature specifiche necessarie per il progetto)

15.7 Finanziarie: entità del finanziamento ed ente erogante

(altre risorse finanziarie esterne o interne in possesso del proponente da poter utilizzare per il progetto)

16. Accredитamenti	[Accreditamenti: informazioni in grado di dar credito, fiducia e credibilità relativamente alla capacità del proponente di realizzare con successo il progetto esposto]
	16.1 Precedenti studi ed interventi del proponente 1. 2. 3. 4. 5.
	16.2 Pubblicazioni         
	16.3 Precedenti incarichi istituzionali di rilevanza dell'Ente/organizzazione proponente (Titolo, istituzione, anno, durata, portata, specificando se trattasi di titolarità o collaborazione) 1. 2. 3. 4. 5.
16.4 Partecipazioni a ricerche, gruppi di lavoro ecc. (Titolo, istituzione, anno) 1. 2. 3. 4. 5.	



17. Piano di Valutazione

[Piano di Valutazione: l'insieme pianificato e tempificato delle azioni volte a valutare le attività del progetto in corso d'opera (Milestones) ed alla fine. Deve riguardare contemporaneamente le risorse impiegate, le prestazioni erogate ed i risultati ottenuti]

	Indicatori per Obiettivo	Strumenti e/o tecniche di Rilevazione Prevista
Obiettivo 1	Output	
	Outcome	
Obiettivo 2	Output	
	Outcome	
Obiettivo 3	Output	
	Outcome	
Obiettivo 4	Output	
	Outcome	
Obiettivo 5	Output	
	Outcome	

18. Piano di Valutazione	Planning Temporale: Definire tempi di Valutazione e Milestones													
	Ambito	Indicatori	Piano Temporale (scala a 12 mesi)											
	Output	1												
		2												
		3												
		4												
		5												
		6												
		7												
	Outcome	1												
		2												
		3												
		4												
		5												
		6												
		7												
	Spesa	1												
		2												
		3												
		4												



19. Matrice compiti/responsabilità

[Matrice Compiti-Responsabilità: è la definizione sintetica strutturata dei livelli di responsabilità nel progetto e delle gerarchie con individuazione precisa degli "attori" coinvolti e dei relativi compiti e ruoli]

19.1 Enti Finanziatori	% di compartecipazione al Finanziamento
1.	
2.	
3.	
19.2 Ente Gestore	
19.3 Ente Esecutore	
19.4 Altri Enti coinvolti (collaborazioni)	
1.	
2.	
3.	
4.	
19.1 Livelli di Responsabilità	Compiti principali
1. Ente e persona	
2.	
3.	
4.	
5.	

20. Piano di Comunicazione (reporting)					
[Piano di Comunicazione: programma prestrutturato dei ritorni informativi e della diffusione dei risultati del progetto dove vengono definite le azioni ed i tempi per garantire una seria ed ampia diffusione ed utilizzo di quanto realizzato dal progetto]					
	Target Principale				
	Dimensioni				
	Modalità Divulgative				
	Tempi				
	Tipo di Informazioni e materiali				



21. Piano Finanziario

[Piano Finanziario: Preventivo dei costi. Elenco chiaro e strutturato in forma tabellare delle possibili voci di spesa e dei relativi costi]

		A Carico:	
Voci di Spesa	uls	Ente Finanziatore	
● Personale			
1.			
2.			
3.			
Subtotale			
● Servizi			
1.			
2.			
3.			
Subtotale			
● Beni inventariabili			
1.			
2.			
3.			
Subtotale			
● Beni di consumo			
1.			
2.			
3.			
Subtotale			
● Segreteria			
1.			
2.			
3.			
Subtotale			
● Missioni			
1.			
2.			
3.			
Subtotale			
● Altri costi			
1.			
2.			
Subtotale			
Totali per Struttura			
Gran Totale			
Finanziamento Richiesto			

22. Elenco Prodotti Tangibili

[Prodotti Tangibili: lista dei prodotti che verranno realizzati del progetto descritti in modo tabellare ma esauriente, al fine di far comprendere le loro caratteristiche minime, la qualità prodotta, gli obiettivi che daranno origine a tali prodotti e la loro utilità anche per altre realtà. È la lista delle "consegne tangibili attese"]

Obiettivi Soddisfatti				
Quantità				
Formato				
Descrizione Sintetica				
Nome del Prodotto				



23. Bibliografia

Principale bibliografia di riferimento

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

24. Altre Specifiche	Modalità di Protezione degli Operatori	Assicurazioni: (tipo, durata, rischi/danni coperti)	
		Supervisioni:	
	Elenco Beni Durevoli		Destinazione successiva
	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
8.			
Eventuali Allegati Esplicativi			
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			



Riassunto Finale

TITOLO E PROPONENTE	Sigla
Premesse	
Obiettivi Specifici	
Metodi	
Tempi	
Collaborazioni	
Costi Totali previsti	
Conclusioni	

BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R., Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, progettare per la sanità, Gennaio 1997
- AA.VV Atti del convegno "Il Dipartimento ospedaliero", Università L.Bocconi, novembre 1996
- AA.VV Dichiarazione etica contro le droghe" A cura di G. Serpelloni -Edizioni La Grafica, Gennaio 1999
- AA.VV Droga AIDS Epatiti in odontoiatria manuale per medici ed operatori odontoiatrici - Edizioni Gutenberg, Giugno 1996
- AA.VV HIV e counselling.Manuale per operatori - A cura di E. Bravi e G. Serpelloni - Edizioni La Grafica, Ottobre 1999
- AA.VV HIV/AIDS conoscere i diritti - Edizioni Edas, Marzo 1998
- AA.VV HIV/AIDS diritti e responsabilità. A cura di E. Simeoni, G. Serpelloni e M. Spinello - Edizioni Edas, Maggio 1998
- Amato R., Chiappi R., Tecniche di Project Management, Franco Angeli, Milano, 1997.
- Amelotti L., Valcalda B., Il ciclo di vita della Gestione dei progetti, Guerini e Associati, Milano, 1998.
- Archibald R. D., Managing High-Technology, Wiley & Sons, New York, 1992.
- Archibald R. D., Project Management: la gestione di progetti e programmi complessi, Franco Angeli, Milano, 1994.
- Archibald R.D, Project Management, Franco Angeli 1985, Milano
- Baglieri E. et al. "Organizzare e gestire per progetti" Etas 1999
- Barkley B.T., Saylor J.H.. Customer-Driven Project Management, McGraw Hill, New York, 1994.
- Biffi A., Pecchiari N., a cura di. Process Management e Reengineering. Scelte strategiche, logiche, strumenti realizzativi, EGEA, Milano, 1998.
- Burke R., Project Management. Planning and Control, John Wiley & Sons, New York, 1994.
- Caron F., Corso A., Guarella F., a cura di. Project Management in Progress. Aggiornamenti, approfondimenti, tendenze. Franco Angeli, Milano, 1997.
- De Maio A., "La gestione dei progetti come modello organizzativo generale", Impiantistica italiana, n. II. novembre 1989.
- Flamholtz E., Toward a "Psyco-Technical System Paradigm of Organizational Measurement", Decision Sciences, January, 1979.
- Fleming Q.W., Koppelman J.M., Earned Value Project Management, Project Management Institute, Pennsylvania, 1996.
- Globerson S., "Impact of various WBS Structures on Project Conceptualization", International Journal of Project Management, August, 1994.
- Goleman D., Intelligenza emotiva, Rizzoli, Milano, 1996.
- Graham R., Project Management - Cultura e tecniche per la gestione efficace, a cura di N. Diligu, Guerini & Associati, Milano, 1990.
- Grandori A., "A Prescriptive Contingency View of Organizational Decision Making", Administrative Science Quarterly, n. 29, 1984.
- Klimstra P.D., Potts J., "Managing R&D projects", Research Technology Management, May-June, 1988
- Lock D., Gower handbook of Project Management, Gower Publishing, Aldershot, 1993.
- Manzoni P., Multi Project Management, Franco Angeli, Milano, 1998.
- Martin D., Miller K., La pianificazione di progetto come funzione manageriale primaria, tradotto da "Project Planning as the primary Management Function", in Project Management Quarterh', March, 1982
- Meredith J.R., Manter S.J. Jr, Project Management, John Wiley & Sons, New York, 1989.
- Mintzberg H., The Nature of Managerial Work, Harper & Row, New York, 1973.
- Miscia S., Il Project Management, Quaderni di Formazione Pirelli, Milano, luglio,- 1994.
- Moder J.J., Phillips C.R., Davis E.W., Project Management with C'pm, Pert and Precedence Dtagrammtng, Van Nostrand Reinhold, New York, 1983.
- Morris P.W.G., Hough G.H., The Anatomy of major Projects, John Wiley & Sons, New York, 1987.
- Nepi A., Introduzione al Project Management. Che cos'è, come si applica. Tecniche e metodologie, Guerini e Associati,



Milano, 1997.

Pinto J.K., Project Management Handbook, PMI, Jossey-Bass, San Francisco, 1998.

PMI, A Guide to the Project Management Body of Knowledge, Project Management Institute, NC, Usa, 1996.

Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995

Thamhain H.J., Wilemon DL., "Criteria for Controlling Projects According to Plan", Project Management Journal. PN11. Drexel Hill. PA, June, 1986.

Thoms P., "Project Team Motivation", in Pinto J.K., Project Management Handbook, PMI, Jossey-Bass, San Francisco, 1998.

Turner R.J., The Handbook of Project Based Management, McGraw Hill, London, 1999.

Wheelwright 5. C., Clark K.B., "Creating Project Plans to focus Product Development", Harvard Business Review, March-April 1992.



ORGANIGRAMMA E ASSETTI ORGANIZZATIVI

Giovanni Serpelloni

Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

La definizione in forma estremamente comunicativa della struttura di una organizzazione, risulta di fondamentale importanza per poter far comprendere allo staff l'organizzazione e le varie componenti coinvolte. La configurazione di base dell'assetto organizzativo risulta quindi molto importante e può giovare di diverse tecniche e modalità di rappresentazione. In questo articolo vengono riportate alcune delle più utilizzate tecniche per la formalizzazione degli organigrammi e dei funzionigrammi.

L'assetto organizzativo comprende, oltre alla struttura organizzativa di base, anche i sistemi/meccanismi operativi (sistema di programmazione e controllo, di valutazione delle prestazioni ecc.) la distribuzione del potere organizzativo ed i comportamenti manageriali. Per l'approfondimento di questi aspetti rimandiamo agli articoli riportati precedentemente.

DEFINIZIONI

L'organigramma è il principale strumento, a livello macro, di formalizzazione della reale gerarchia organizzativa di una azienda. Esso è la rappresentazione grafica della struttura organizzativa finalizzato a rappresentare la dimensione verticale dell'organizzazione identificando chiaramente le relazioni di sovra o subordinazione.

L'organigramma mantiene la sua validità se ha un certo grado di completezza e di dettaglio degli elementi che la compongono senza però definirne tutte le microcomponenti. In altre parole è uno strumento di sintesi finalizzato alla comunicazione dell'assetto organizzativo generale.

Un organigramma deve esprimere comunque la denominazione delle U.O. e le relazioni gerarchiche tra U.O.

Esso descrive la struttura organizzativa attraverso l'esplicitazione delle *Responsabilità Organizzative/funzionali* (responsabilità di funzionamento, coordinamento) affidate alle varie Unità Organizzative (o operative).

È concettualmente diverso (anche se coerente) dal “Piano dei Centri di Responsabilità (CdR)” che ne sono una specifica e ne esplicita e definisce le *Responsabilità Economiche* (responsabilità su risultati intermedi – attività – e risorse utilizzate) affidate ai vari Centri di Responsabilità.

Tab. 1: Diverse responsabilità e strumenti di rappresentazione

	TIPO DI RESPONSABILITÀ	STRUMENTO	SPECIFICHE
1	Responsabilità Organizzative/funzionali	Organigramma	responsabilità di funzionamento, coordinamento, controllo tecnico-professionale del personale affidate alle varie Unità Organizzative.
2	Responsabilità Economiche	CdR	responsabilità su risultati intermedi – attività – e risorse utilizzate affidate ai vari Centri di Responsabilità.

UTILITÀ

L'Organigramma rappresenta lo “scheletro” degli organi permanenti e continui dell'azienda o dell'organizzazione analizzata.

Esso è utile per leggere la struttura organizzativa in modo immediato e semplice. La dimensione dell'organizzazione che viene letta mediante l'organigramma è quella verticale e cioè le relazioni di sovra e subordinazione.

In questo modo si dovrebbero chiarire quali siano le unità operative coordinate da una specifica struttura (e cioè a chi sia sovraordinata) e a chi risponda tale struttura (cioè a chi sia subordinata).

L'organigramma è utile per comprendere:

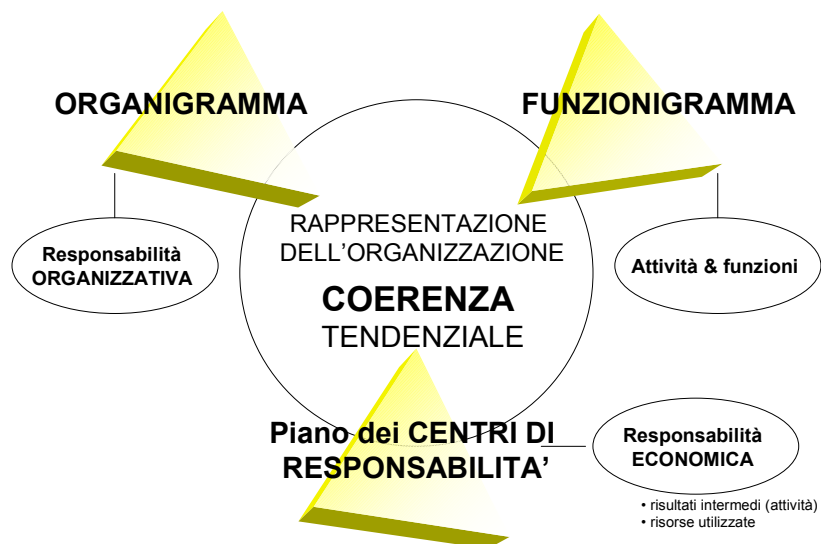
- gli organi;
- le posizioni;
- le relazioni.

Tab. 2: Dimensioni e criteri di lettura organizzativa

	STRUMENTO	DIMENSIONE	OGGETTO RAPPRESENTATO
1	Organigramma	VERTICALE	le relazioni di sovra e subordinazione (gerarchie), responsabilità organizzativa, dotazione organica
2	Funzionigramma	ORIZZONTALE	l'ambito di attività attribuito, articolazione/attribuzioni di attività, compiti, funzioni, competenze, responsabilità tecnico-scientifica
3	Procedure WDW	TEMPORALE	i tempi di funzionamento



Fig. 1: Sistemi di rappresentazione dell'organizzazione



L'organigramma può avere anche altre diverse utilità. Può essere un buon strumento di comunicazione alle stesse componenti dell'organizzazione o a neo assunti, di come sia l'assetto organizzativo. Tale utilità risulta molto importante anche per far comprendere a terzi esterni all'organizzazione come essa sia strutturata.

L'organigramma può essere anche uno strumento di analisi dell'organizzazione esistente per definire gli organi, le posizioni e le relazioni. Sulla base dell'organigramma, che deve essere formale e riconosciuto dalla direzione, si possono anche studiare i percorsi di carriera, tracciando gli itinerari teorici e programmando i possibili movimenti.

L'organigramma si è dimostrato anche un utile strumento di reengineering organizzativo.

Tab. 3: Utilità dell'organigramma

N.	STRUMENTO	DESCRIZIONE
1	STRUMENTO DI COMUNICAZIONE dell'assetto organizzativo	Delimita i rapporti e gli ambiti operativi degli organi: - ai componenti dell'organizzazione - ai neo-assunti ai terzi esterni all'organizzazione Facilita l'orientamento del personale interno ed esterno Rappresenta la posizione di ciascun collaboratore e la responsabilità specifica in termini di: - Compiti assegnati - Persone gestite

2	STRUMENTO DI ANALISI DELL'ORGANIZZAZIONE ESISTENTE	Rappresenta le linee di autorità e responsabilità: - organi - posizioni - relazioni
3	STRUMENTO PER LO STUDIO DELLO SVILUPPO DELLE CARRIERE	Può visualizzare gli itinerari teorici di carriera È utile per la programmazione dei movimenti
4	STRUMENTO DI REENGINEERING ORGANIZZATIVO	Favorisce le riflessioni sui problemi della struttura e stimola la ricerca di nuove soluzioni Visualizza le ipotesi Permette la valutazione delle conseguenze

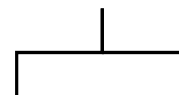
Per la definizione di un organigramma si possono usare dei simboli ed una tecnica universalmente riconosciuta, che agevola la costruzione standardizzata e la successiva comprensione.

Fig. 2: Simboli per definire l'organigramma

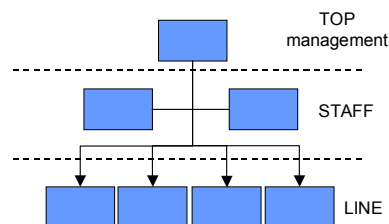
1. Le Unità Organizzative (con nome del responsabile e n. di risorse umane)



2. Le linee di sovra/subordinazione (rapporti)



3. La posizione dell'U.O. se di LINE o di STAFF



L'organigramma quindi, al contrario del funzionigramma, è un riferimento formale per la comprensione delle responsabilità e delle risorse umane (quantità) e non delle funzioni dell'U.O..

Il funzionigramma rappresenta le U.O. in base alle "funzioni svolte" che non sempre coincidono con le responsabilità organizzative e le risorse.



TIPICI DI ORGANIGRAMMI

Spesso gli organigrammi vengono fatti tenendo conto non tanto della reale mappatura delle responsabilità organizzative esercitate, ma delle aspettative o di quello che si vuole mostrare in esterno come “ideale” assetto di efficienza ed organizzazione.

L'organigramma deve essere prima di tutto realistico ed “ufficiale” cioè corrispondente alle reali responsabilità scritte e codificate dall'azienda, e secondariamente derivate dalla prassi. Nel fare questa operazione di definizione emergeranno molto facilmente le contraddizioni e le incoerenze tra quello che dovrebbe essere l'assetto organizzativo codificato e quello che realmente è. Infatti molto spesso questi due criteri (formalità e prassi) non coincidono in quanto possono esistere situazioni dove le responsabilità organizzative sono formalmente affidate a qualcuno che non le esercita e subentra “naturalmente” un altro, non incaricato formalmente, che di fatto esplica attività vicarianti. Si creano così gruppi di lavoro con autonomie e responsabilità autoreferenziate che molto spesso nel tempo danno origine al “secondo” e vero organigramma delle aziende, del tutto informale ma molto efficace nel creare incoerenze, incomprensioni, disorientamenti, rivalità e quant'altro possa mettere in crisi una organizzazione che dovrebbe trovare la propria forza prima di tutto sulla chiarezza dei ruoli e delle responsabilità. Per contro, in alcuni casi il non seguire l'organigramma ufficiale ha permesso all'organizzazione di sopravvivere e di mantenere una produttività in grado di assicurare comunque una risposta alla domanda dei pazienti.

Altri tipi di organigrammi sono quello “percepito” o immaginato dall'operatore che non ha potuto vedere l'assetto reale correttamente rappresentato ed esplicitato. Di conseguenza facilmente si creano confusioni nelle relazioni e nelle gerarchie, consolidando prassi non avallate da deleghe di responsabilità formali, che, soprattutto in ambiente sanitario, potrebbero creare non pochi problemi anche dal punto di vista giuridico in caso di insorgenza di responsabilità civili e/o penali secondarie a mal pratica.

Gli organigrammi possono essere sintetici, che si limitano ad evidenziare lo sviluppo e le connessioni tra parti componenti, o analitici, che specificano anche il responsabile di ciascuna delle parti rappresentate nonché il numero di risorse ad esse appartenenti. Questo dipende anche dall'uso che di tale rappresentazione se ne vuol fare privilegiando il loro sviluppo verticale o orizzontale.

STRUTTURA DI COSTRUZIONE

L'organigramma di una azienda si sviluppa tipicamente con una “struttura piramidale” con diversificazione delle varie unità organizzative in “livelli” omogenei collegati tra loro da linee rappresentanti le “linee di subordinazione”. La struttura di base è concettualmente molto semplice anche se nella corretta realizzazione e traduzione della propria organizzazione non sempre sarà agevole. Tipicamente il primo livello è il “top management”, il secondo lo “staff di supporto” il terzo gli “organi di linea”. Molte altre forme possono essere definite con differenti livelli che però portano di solito ad aggiungere complessità che non sempre poi trova riscontro pratico. La figura 3 esemplifica meglio questi concetti.

Top management

È di norma il gruppo di direzione aziendale che traccia le linee strategiche e governa l'azienda o l'organizzazione di cui si sta rappresentando l'assetto strutturale.

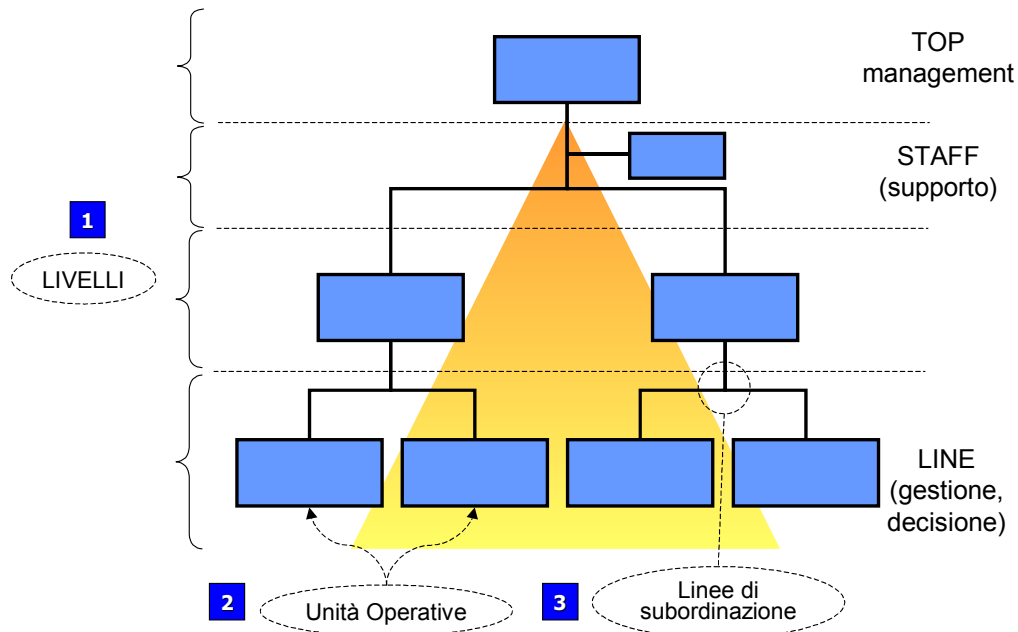
Organi di staff

Supportano gli organi di LINE (gestione) analizzando, aiutando, standardizzando, progettando. Influenzano indirettamente la gestione, sono organi di supporto (es. tecnostruttura, staff di supporto, uff. controllo di gestione). Non hanno potere decisionale.

Organi di linea

Svolgono attività di gestione, di acquisizione e/o trasformazione e/o cessione di beni e servizi, (anche i magazzini). Prendono decisioni.

Fig. 3: Struttura base e componenti di un organigramma



USO PRATICO DELL'ORGANIGRAMMA

L'organigramma può essere usato per varie finalità di rappresentazione:

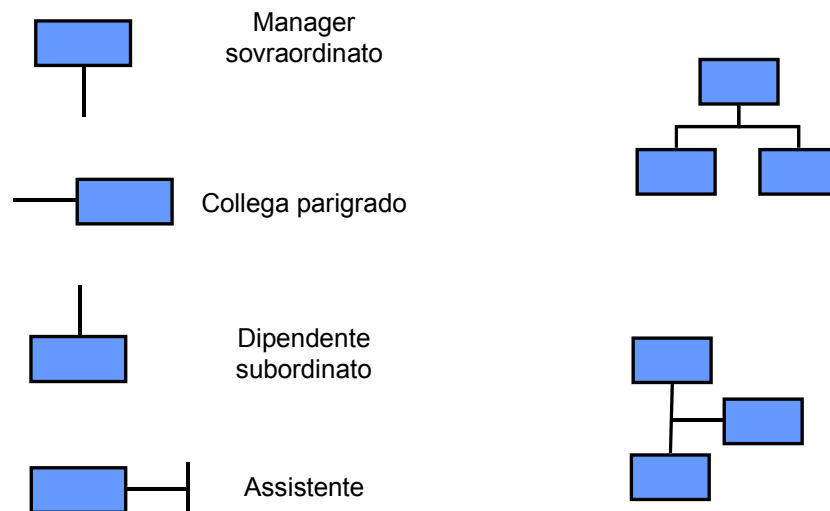
- per definire l'assetto di una Azienda o una Holding;
- per definire l'assetto interno di un dipartimento;
- per definire l'assetto di una unità organizzativa (es. reparto) complessa con diversi centri di responsabilità organizzativa;
- per definire i rapporti tra i membri di un gruppo di lavoro.

Tipicamente l'uso di questo strumento è per la definizione delle responsabilità organizzative al livello di azienda, ma chiaramente può essere usato anche per altri livelli.

La figura successiva riporta i simboli di collegamento e gerarchizzazioni secondo lo standard *Microsoft*, per la definizione dell'assetto interno del personale di una unità organizzativa complessa (es. reparto) con diversi livelli di responsabilità organizzativa tra il personale.



Fig. 4: Simboli di collegamento e gerarchizzazioni (standard Microsoft) per la definizione dell'assetto interno del personale di una unità organizzativa complessa



CRITERI CHE DEFINISCONO UNA “UNITÀ ORGANIZZATIVA”

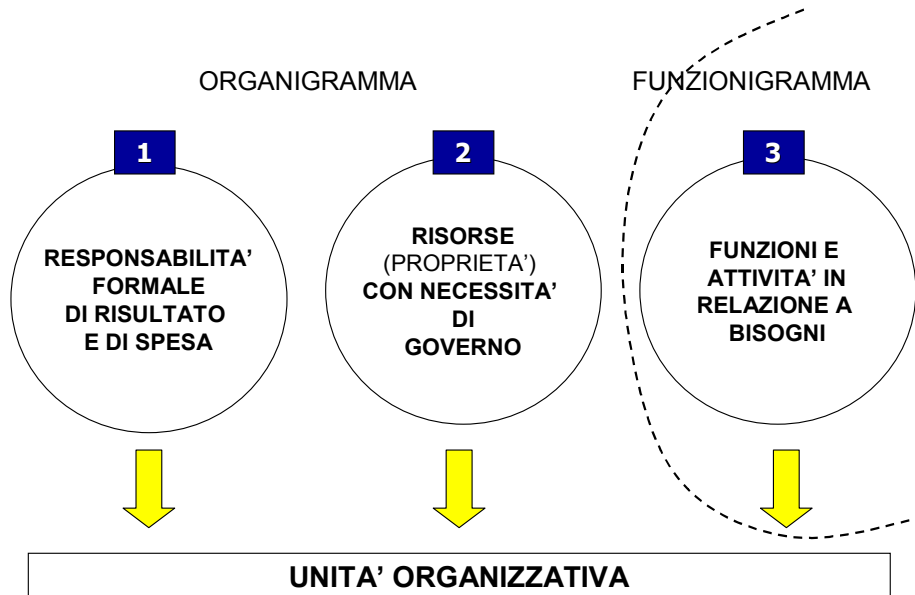
Una delle difficoltà che si possono incontrare nel realizzare un organigramma è la mancanza di criteri univoci e chiari che definiscano precisamente l'esistenza di una “unità organizzativa”. Questo termine può essere attribuito ad un insieme organizzato e finalizzato di operatori solo se sono presenti due criteri di base:

- esistenza di un responsabile con incarico formalizzato;
- attribuzione di risorse specifiche (“proprietà” di risorse);
- personale;
- mezzi;
- finanziamenti.

L'esistenza di questi due criteri, realizza la giustificazione di esistenza di una unità organizzativa (U.O.) e quindi la formalizzazione all'interno dell'organigramma.

La descrizione delle U.O. può essere completata con l'elencazione delle sue funzioni ed attività svolte in relazione ai bisogni. Questa descrizione utilizza però un altro strumento specifico: il “funzionigramma”. In questo strumento si elencano, con una matrice simile e coerente con quella dell'organigramma, tutte le funzioni principali dell'U.O., ma tenendole distinte dalla struttura dell'organigramma che ha altre finalità.

Fig. 5: Organigramma, variabili che definiscono una “unità organizzativa”



CRITERI DI AGGREGAZIONE/DISAGGREGAZIONE Le varie U.O. presenti all'interno di una azienda possono essere variamente aggregate al fine di raggiungere una maggior razionalizzazione e coordinamento di tutte quelle U.O. che sono legate da interdipendenze funzionali od operative. La dimensione dell'azienda, inoltre, può richiedere per ragioni pratiche una identificazione di "blocchi" organizzativi che meglio rispondano alle esigenze del territorio su cui si esplicano le attività. Possono inoltre esistere vari bisogni nella popolazione in grado di esprimere una domanda che necessita, per la risposta, di organizzazione specifica decentrata o, per contro, accentrata. Tutto questo può condizionare l'assetto dell'organizzazione in modo da renderla più rispondente ai bisogni, conservando un buon grado di efficienza ed economicità. Vi è quindi la necessità di definire alcuni criteri di attivazione e di aggregazione delle U.O..

Nella definizione di nuove U.O. con precise responsabilità organizzative, per rispondere ad una domanda è necessario che siano rispettati alcuni criteri:

1. Presenza di bisogno/domanda ad alta priorità e consistenza.
2. Presenza di necessità di offerta non evadibile con U.O. esistenti.
3. Necessità di individuare una responsabilità specifica per risultato e spesa per il particolare ambito dell'offerta.
4. Necessità di gestire/governare direttamente risorse umane, finanziarie ecc. per garantire efficienza.
5. Presenza di offerte ad alto grado di "utilità ed economicità".
6. Presenza di obbligo normativo.

L'aggregazione delle U.O., riguardante quindi la dimensione orizzontale dell'azienda, può



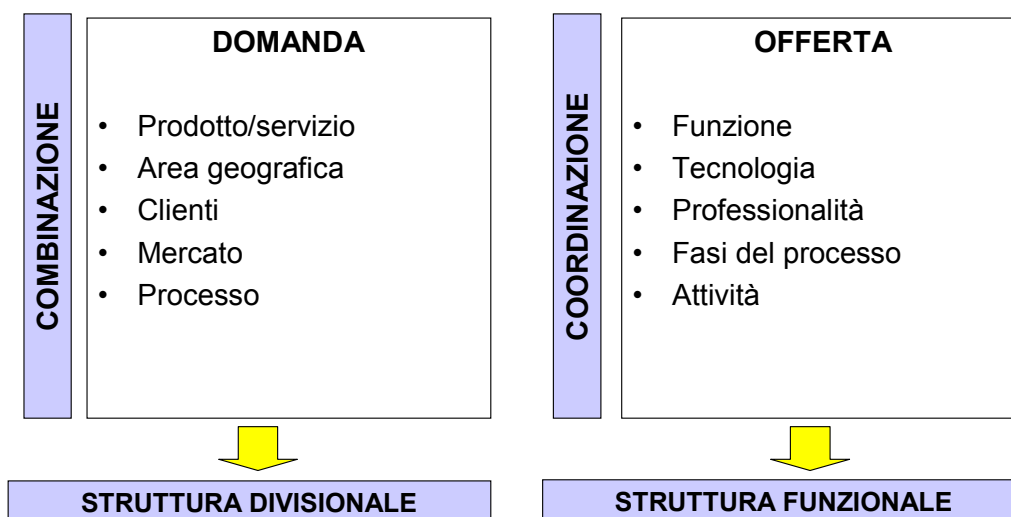
essere fondamentalmente di due tipi, dando origine a strutture di tipo “divisionale” o “funzionale”.

Se l’aggregazione verrà fatta in base alla domanda e al mercato esterno, la struttura risultante verrà definita “divisionale”, mentre se l’aggregazione verrà fatta in base all’offerta, la struttura verrà definita “funzionale”. La tabella successiva esplica ulteriormente questi concetti.

Tab. 4: Strutture divisionali e funzionali

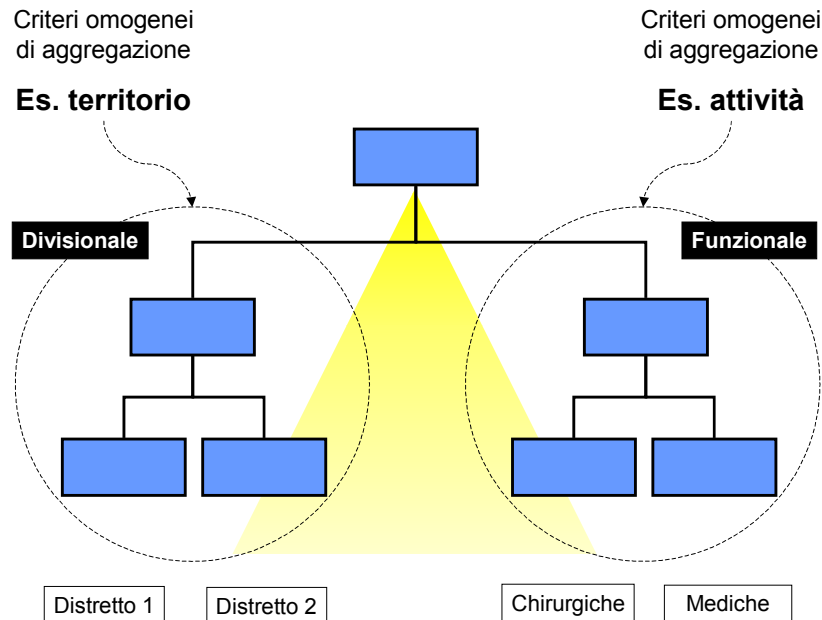
N.	STRUTTURA	CRITERIO DI AGGREGAZIONE DELLE U.O.	SPECIFICHE ED ESEMPI
1	Divisionale	in base alla DOMANDA/MERCATO	Stessa tipologia di clienti, stessa area geografica, stesso tipo di prodotto
2	Funzionale	in base all'OFFERTA	Stessa tipologia di operatori a competenze, professionalità e capacità tecniche omogenee, medesima funzione, mansione, attività svolta

Fig. 6: Criteri di aggregazione/disaggregazione delle unità organizzative



Come è possibile comprendere nel caso della struttura divisionale si opera una “combinazione” di cose con uguale natura mentre nel caso della struttura funzionale si opera una “coordinazione”, mettendo insieme cose “per aggregazione” che si riferiscono ad uno stesso oggetto, ma che hanno nature diverse.

Fig. 7: Criteri di aggregazione/disaggregazione delle unità organizzative (dimensione orizzontale)



I criteri di aggregazione dovrebbero essere omogenei, ma possono essere anche più di uno. Tenzialmente però non dovrebbero cambiare nello scendere lungo l'organigramma per non creare confusione. Le combinazioni più frequenti riguardano per esempio: territorio + attività, tipo di cliente + prodotto, ecc..

La figura successiva approfondisce e spiega ulteriormente questi concetti.

Fig. 8: Matrice di analisi per la struttura organizzativa (finalizzata alla comprensione del tipo di modello "funzionale o divisionale")

Prodotti	Aggregazione funzionale			
	Prod.1	Prod.2	Prod.3	Prod.4
Funzioni				
Ricerca e sviluppo	U.O. A	U.O. A	U.O. A	U.O. B
Produzione	U.O. C	U.O. C	U.O. C	U.O. B
Marketing	U.O. C	U.O. B	U.O. C	U.O. B

Unità Organizzative Interessate

Aggregazione divisionale



La progettazione delle strutture è di solito guidata da una serie di fabbisogni che definiscono la necessità di aggregare e/o disaggregare. Nell'azienda possono comparire diverse situazioni di bisogno in grado di rendere necessaria una riorganizzazione: Bisogno di creare economie di scala.

- Bisogno di specializzazione e quindi di aggregare risorse e know how.
- Di diversificare l'offerta per renderla più consona ai bisogni del cliente.
- Di sviluppo tecnologico con la messa in comune di risorse e di processi avanzati.
- Di migliorare l'interdipendenza dei processi che spesso necessitano di organizzazioni più sincrone e coordinate.

Tutto questo è chiaramente in grado di guidare le riprogettazioni e lo sviluppo di assetti organizzativi più consoni e rispondenti alle necessità.

MODELLI TEORICI DI STRUTTURE ORGANIZZATIVE Esistono svariati modelli di strutture organizzative ma le tre forme principali a cui far riferimento sono le seguenti strutture:

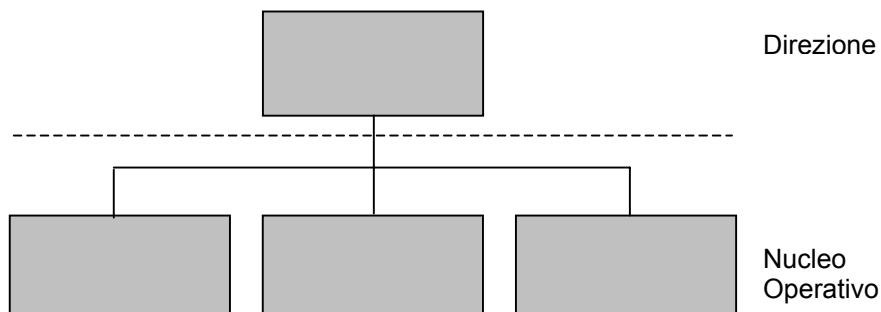
1. Struttura Elementare/semplificata.
2. Struttura Funzionale.
3. Struttura Divisionale.

È chiaro che, nella condivisione delle teorie organizzative sistemiche contingenti, non vi è il modello "ideale e teorico" di assetto organizzativo che possa essere replicato come un clone nelle varie realtà, ma che ogni organizzazione deve trovare e calibrare il proprio assetto in base alle proprie caratteristiche interne e dell'ambiente in cui è inserito.

Struttura Elementare/semplificata

Questo tipo di struttura è caratterizzato dalla semplicità dell'assetto organizzativo con una struttura composta da una direzione e da un nucleo operativo. Le caratteristiche principali sono quindi le piccole dimensioni, la bassa complessità, il basso grado di formalità (elevata presenza di rapporti informali) con un elevato grado di accentramento decisionale.

Fig. 9: Struttura elementare



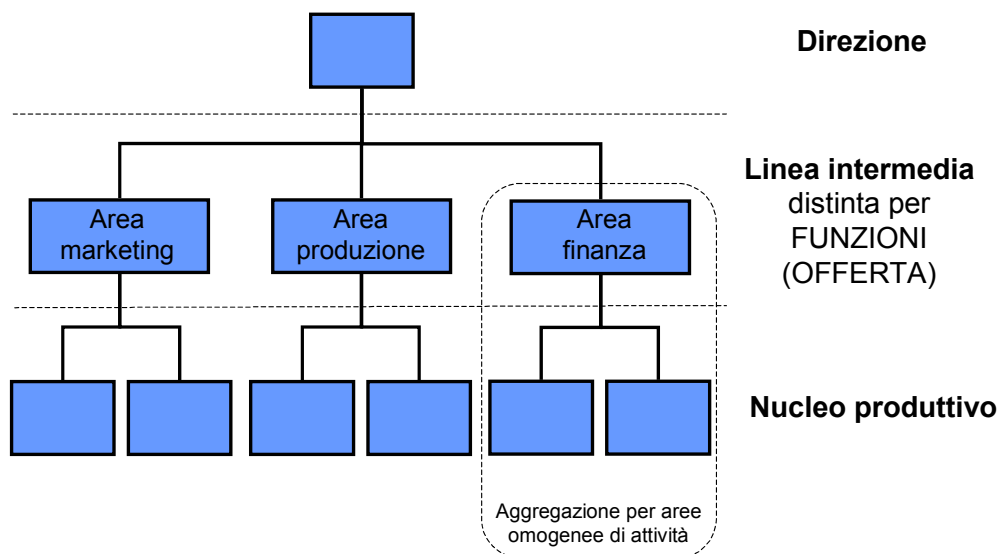
Struttura funzionale

Questo tipo di struttura è caratterizzato da un assetto organizzativo più complesso della precedente con una struttura composta da una direzione, da una linea intermedia cioè da aggregati funzionali/responsabili di efficienza e da un nucleo operativo. Vengono quindi introdotti dei criteri di aggregazione funzionali (per aree omogenee in base alle attività).

Le caratteristiche principali sono quindi le medie dimensioni, la media complessità, un ambiente esterno stabile che permetta una programmazione delle attività, una bassa differenziazione dei settori dove opera l'azienda (monosettore). Nel suo interno si assiste ad un aumentato grado di formalità (ridotta presenza di rapporti informali) ed ad un elevato grado di decentramento per compiti e funzioni ma non delle decisioni.

I vantaggi di questo assetto sono quelli che introducono economie di scala e di specializzazione con una maggior possibilità di controllare la qualità. Altri vantaggi possono essere le piccole dimensioni, la bassa complessità, il basso grado di formalità (elevata presenza di rapporti informali) con un elevato grado di accentrimento decisionale.

Fig. 10: Struttura funzionale



La struttura funzionale diventa inadatta nel momento in cui vi è un aumento della variabilità ambientale o quando si generano necessità di forti indipendenze tra le diverse fasi del processo. Anche quando vi è la necessità di governare diversi "prodotti" vi possono essere difficoltà e deficit organizzativi.

Struttura Divisionale

L'assetto organizzativo di questo tipo di struttura è caratterizzato dalla presenza di una direzione, una linea intermedia con "Divisioni con responsabili di risultato", un nucleo operativo.

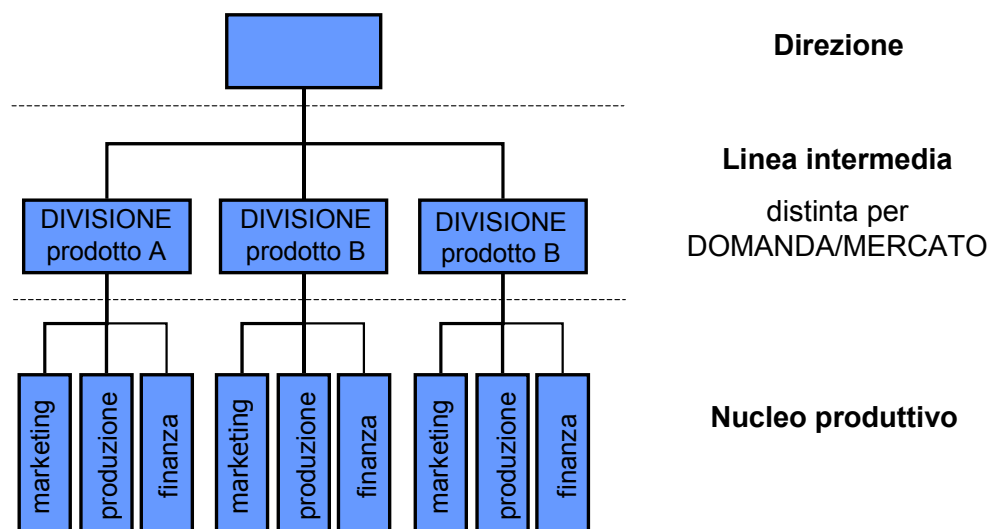


Vengono introdotti criteri di aggregazione non più funzionali ma per esempio di prodotto e vi è di solito la comparsa della tecnostuttura finalizzata a compensare la frammentazione organizzativa e fornire STD ed indicazioni di coordinamento alle divisioni. Le caratteristiche principali sono quindi le grandi dimensioni dell'azienda, l'alta complessità delle attività, l'elevata variabilità ambientale, l'alta differenziazione dei settori dove opera l'azienda (plurisettore). Di solito aumenta anche il grado di formalità (riduzione presenza di rapporti informali) e si ha un elevato grado di decentramento delle decisioni con contemporaneo decentramento delle funzioni di Staff e di Supporto Amministrativo.

La struttura divisionale presenta dei rischi quali per esempio la riduzione delle economie di scala e di specializzazione, un minor grado di controllo della qualità e la tendenza a creare delle "autonomie" e "indipendenze" non coordinate delle singole divisioni

I vantaggi sono comunque evidenti e sono un maggior controllo della variabilità ambientale esterna in quanto (per esempio) la variazione del mercato esterno (bisogno) avvertito dal marketing passa subito come informazione al nucleo di produzione (passaggio più difficile e meno rapido nelle strutture funzionali).

Fig. 11: Struttura divisionale



La struttura divisionale introduce anche nuove figure organizzative che rivestono un ruolo fondamentale nel garantire un ottimale funzionamento della struttura. Si tratta del *product manager* e del *project manager*.

PRODUCT MANAGER E PROJECT MANAGER

Il *product manager* è una figura di coordinamento, permanente e continua, che non ha

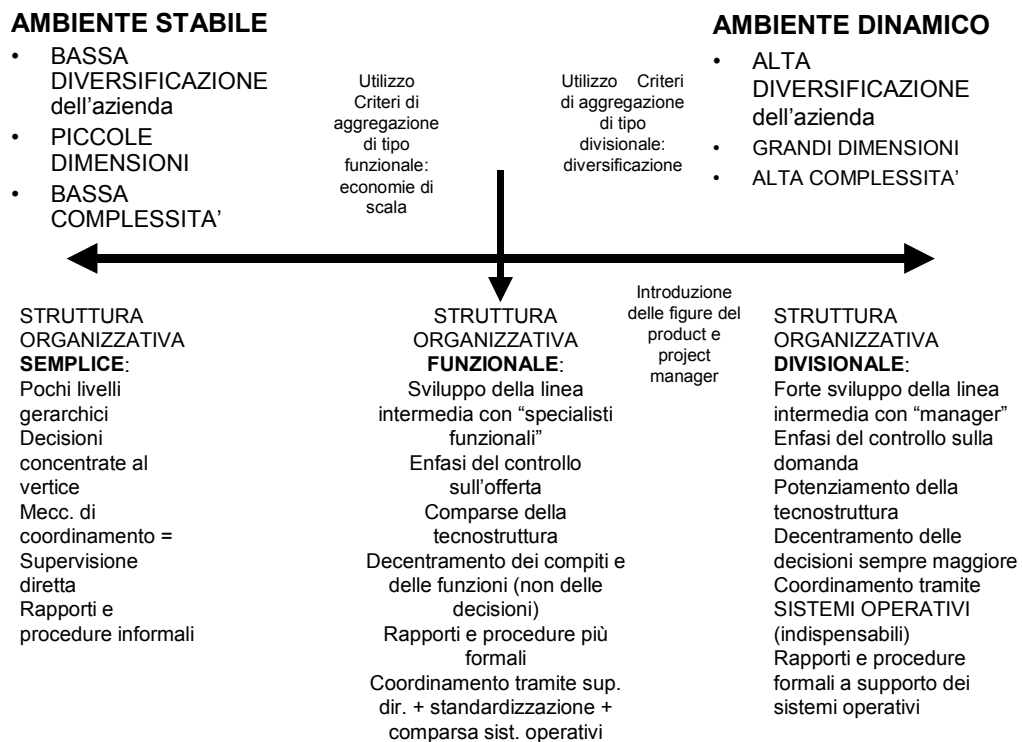
responsabilità gerarchica. Si occupa di coordinare la produzione, il marketing, le vendite di uno specifico prodotto trasversalmente su tutte le unità funzionali (es. in sanità = case manager).

Il *project manager* invece è una figura temporanea (a termine con il progetto) con responsabilità gerarchica sul gruppo di persone partecipante al progetto.

Queste figure hanno trovato e trovano grande applicazione ed utilità soprattutto quando aumenta la complessità delle risposte da dover fornire in presenza di un ambiente dinamico che comporta di solito una alta diversificazione dell'azienda ed alta complessità.

Si assiste di solito ad un decentramento delle decisioni sempre maggiore e ad un coordinamento che deve essere garantito tramite l'attivazione di sistemi operativi che diventano in questo caso vitali per l'azienda.

Fig. 12: Ambienti e struttura organizzative

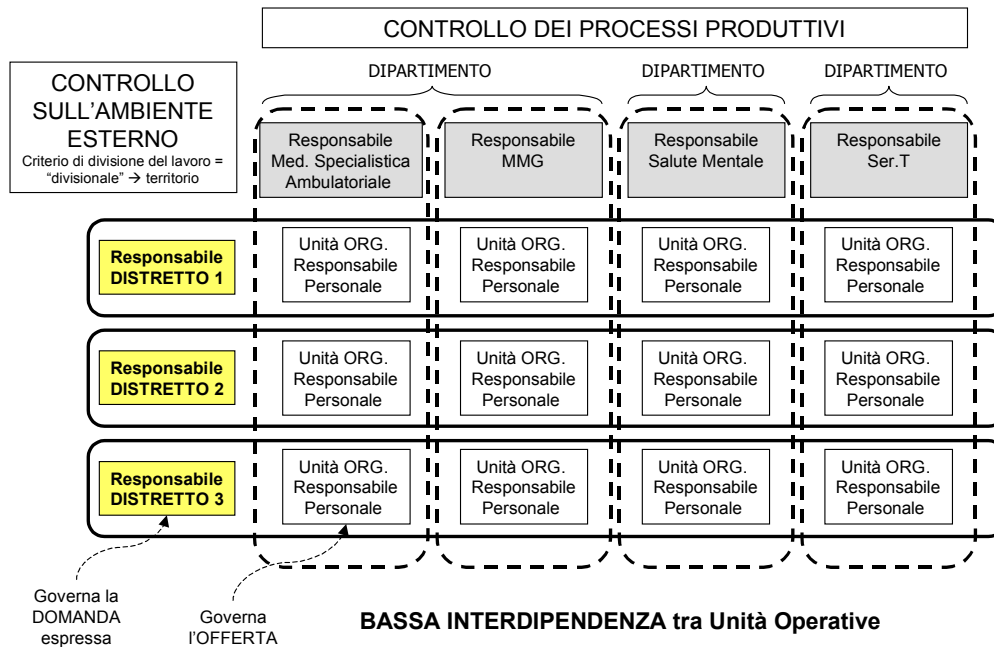


Esistono strutture organizzative anche più complesse di quelle sopra riportate come quelle a matrice. Le figure sottostanti riportano alcuni esempi e concetti che non verranno trattati in questo articolo ma per i quali si rimanda alla bibliografia in seguito riportata.

L'organizzazione matriciale può seguire criteri di aggregazione di tipo divisionale o funzionali. Se, come nell'esempio sotto riportato, si segue un criterio di divisione del lavoro di tipo territoriale (realizzando quindi un assetto divisionale) il responsabile del distretto sarà colui che governa la domanda espressa mentre il responsabile dell'U.O. referente al distretto ma competente specifico della prestazione, governa l'offerta. Questo assetto organizzativo prevede che vi sia una bassa interdipendenza tra U.O..



Fig. 13: Struttura organizzativa a matrice, es. distretti



L'organizzazione a matrice può avere anche un assetto funzionale, con enfasi e criterio di aggregazione delle funzioni specialistiche, o divisionale. Le figure successive riprendono questo concetto.

Fig. 14: Struttura organizzativa a matrice: organizzazione funzionale

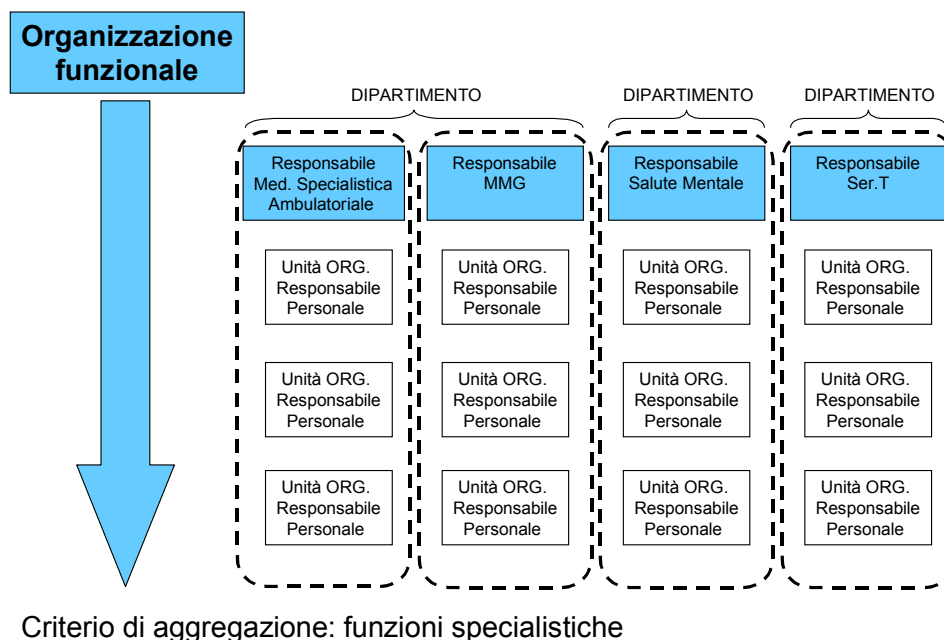
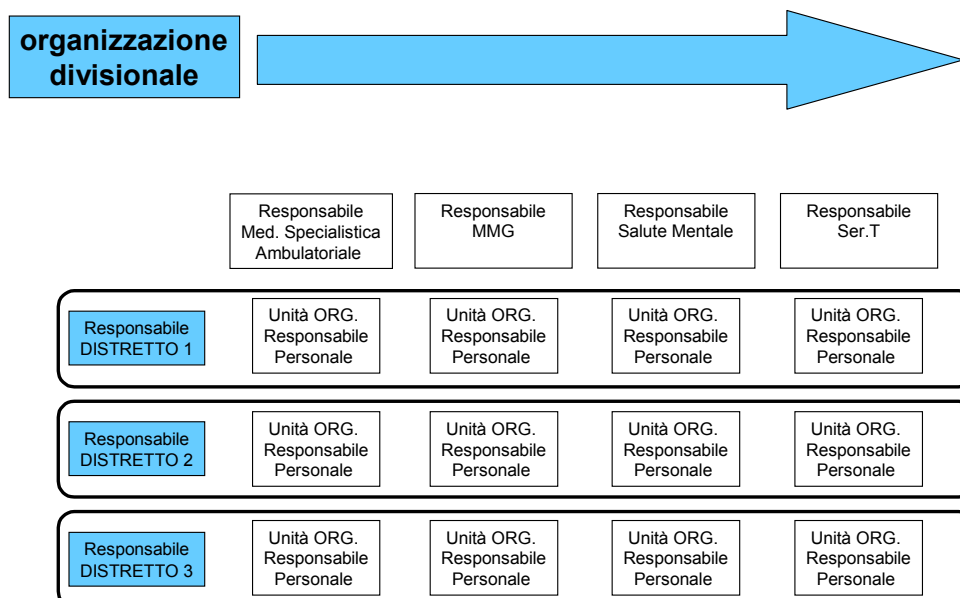


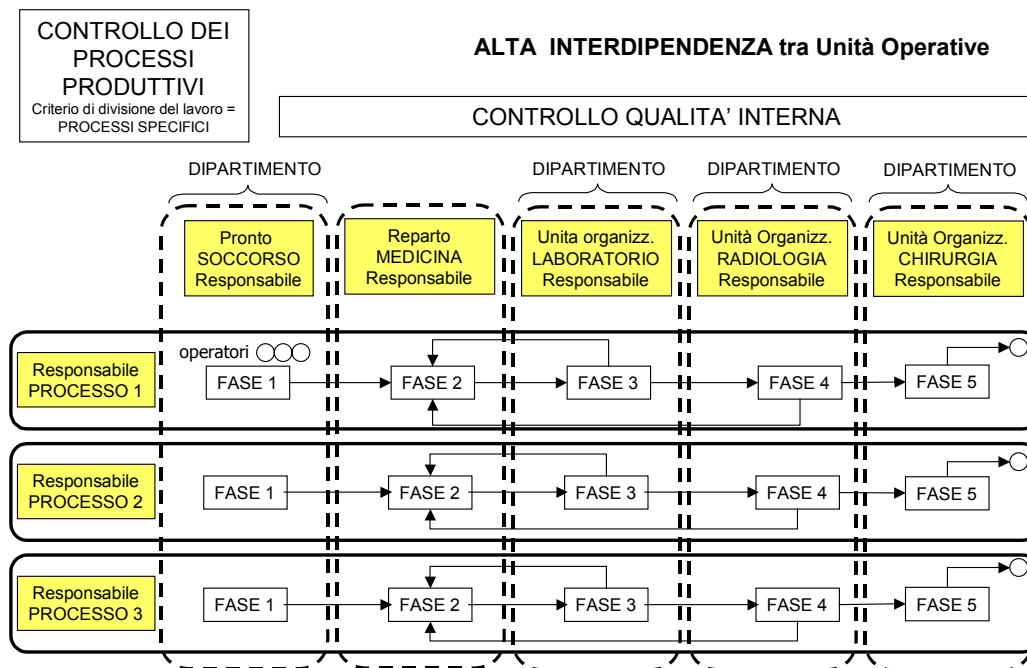
Fig. 15: Struttura organizzativa a matrice: organizzazione divisionale





L'organizzazione dell'assetto organizzativo può essere fatta anche acquisendo come criterio di aggregazione i processi produttivi. Questo è possibile se esiste un'alta interdipendenza tra le unità operative. Per un approfondimento di questi aspetti si rimanda anche all'articolo sul benchmarking di processo.

Fig. 16: Struttura organizzativa a matrice per processi



ASSETTO ORGANIZZATIVO E DIMENSIONI

L'analisi dell'assetto organizzativo è di fondamentale importanza per le aziende, in quanto essa permette di individuare i fattori che generano una determinata situazione considerata rilevante e problematica (fattori critici) e capire le relazioni esistenti tra tali fattori e il loro grado di influenza (diversi gradi di criticità), in modo da poter successivamente intervenire.

L'analisi è quindi presupposto per l'attività di progettazione ed in particolare l'analisi si svolge su due piani differenti:

1. **Microstruttura:** si riferisce alla analisi delle mansioni, compiti e posizioni di lavoro.
2. **Macro struttura:** si intende l'insieme di organi, o unità organizzative, specializzate per gruppi di compiti svolti o per funzioni assegnate.

La tabella successiva chiarisce la terminologia: funzioni, mansioni e compiti.

Le dimensioni della struttura organizzativa sono tre:

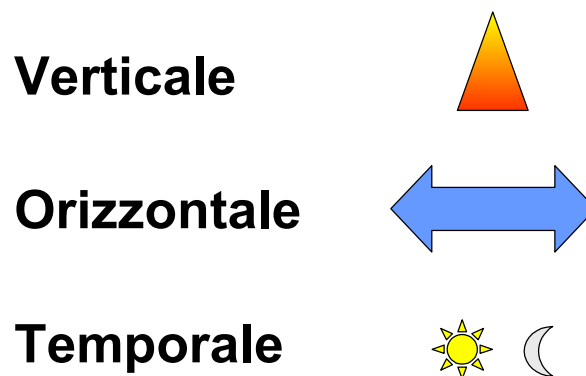
Verticale, che esprime le relazioni gerarchiche di sovra subordinazione, ampiezza del controllo e forma di controllo.

Orizzontale che esprime l'ambito di attività attribuito, le modalità di specializzazione delle unità operative o la scelta delle basi di raggruppamento delle attività.

Temporale, che esprime il grado di permanenza e continuità degli organi.

Tab. 5: Funzioni, mansioni e compiti

1	FUNZIONI	mandati e conseguenti responsabilità attribuiti alle Unità Organizzative (es. funzione sanitaria della Direzione Sanitaria)
2	MANSIONI	mandati interni ai mandati istituzionali
3	COMPITI	mandati a ristretto ambito di discrezionalità, caratterizzati da esecutività (es. somministrazione farmaci dell'I.P.)

Fig. 17: Dimensioni della struttura organizzativa**Dimensione verticale**

Esprime le relazioni gerarchiche di sovra subordinazione, l'ampiezza del controllo e la forma di controllo.

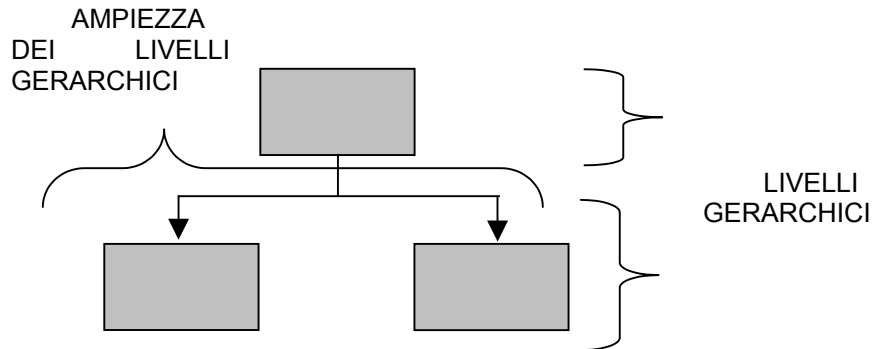
La dimensione verticale rappresenta le varie componenti dell'organizzazione e cioè:

- Organi direttivi: direzione generale e organi superiori agli organi operativi.
- Organi operativi: uffici, reparti, eccetera.
- Organi di linea: Lungo la scala gerarchica con deleghe progressive di autorità che svolgono le attività direttamente collegate all'ottenimento di prodotti e servizi.
- Organi di staff: che sono esterni alla scala gerarchica operando per standardizzare e fornire servizi indiretti.

La dimensione verticale definisce anche la "Span of control" (ampiezza del controllo) e cioè il numero di dipendenti diretti dal responsabile di un organo di qualsiasi livello.



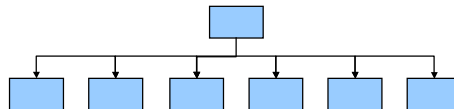
Fig. 18: Struttura organizzativa, ampiezza del controllo (n. di U.O. subordinate) e livelli gerarchici (n. di subordinazioni)



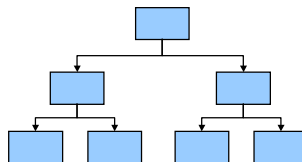
Inoltre la struttura organizzativa può avere una struttura “piatta” con pochi livelli gerarchici ed elevata ampiezza media del controllo, od una struttura “verticalizzata” con molti livelli gerarchici e limitata ampiezza del controllo

Fig. 19: Tipologia delle strutture verticali

Struttura piatta



Struttura verticalizzata



Dimensione orizzontale

Questa dimensione viene definita dalla specializzazione degli organi in termini di diversità di funzioni attribuite. La dimensione orizzontale definisce il tipo ed il grado di specializzazione e utilizza quindi dei criteri di aggregazione delle attività di questo tipo. Questa dimensione enfatizza le relazioni e gli ambiti di competenza.

Il raggruppamento delle attività (e cioè la creazione delle unità organizzative) favorisce un

forte coordinamento all'interno dell'unità organizzativa (coordinamento intraunità) a scapito del coordinamento tra unità organizzative (coordinamento interunità).

Il raggruppamento delle attività è fondamentale per il coordinamento in quanto introduce un sistema di supervisione comune "obbligata", fa condividere risorse e spazi, favorisce il reciproco adattamento (come meccanismo di coordinamento) e individua indici comuni di performance.

Vi possono essere diversi criteri di aggregazione delle attività: n base ai mezzi o in base ai fini. Nel primo caso si devono intendere le conoscenze e capacità specialistiche, la tecnologia, i processi di lavoro e le funzioni svolte, mentre nel secondo caso si aggrega in base agli output (prodotti e servizi) o ai clienti/pazienti/utenti o alla località geografica.

Dimensione temporale

L'assetto organizzativo può essere definito anche attraverso la considerazione del grado di permanenza temporale (organi permanenti o temporanei) e la continuità del funzionamento (organi continui o discontinui) dei vari organi componenti l'organizzazione stessa.

Esistono infatti organi permanenti discontinui (esempio organi istituzionali), organi temporanei discontinui (esempio gruppi di lavoro), organi temporanei continui (esempio gruppi di progetto) e organi permanenti continui (esempio le direzioni amministrative sanitarie).

La figura 20 mostra questi concetti.

Fig. 20: Attività e funzionamento

		ATTIVITA'	
		PERMANENTE	TEMPORANEA
FUNZIONAMENTO	DISCONTINUO	Comitato dei garanti	Gruppi di progetto
	CONTINUO	Capo servizi amministrativi	Amministratore straordinario



RAPPRESENTAZIONE DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO: ORGANI-FUNZIONIGRAMMA, CDR e CdC DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE (ESEMPIO)

Azienda di appartenenza:

Azienda Sanitaria Locale XYZ

Unità organizzativa di appartenenza:

Dipartimento delle Dipendenze

Sottosistema oggetto di analisi:

Dipartimento delle Dipendenze.

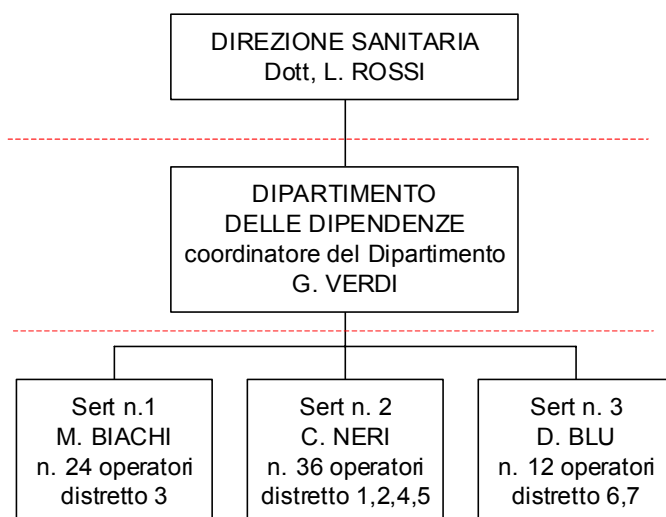
a) *Confine organizzativo verticale*: Il livello gerarchico superiore è la Direzione Sanitaria.

b) *Criterio di aggregazione utilizzato* (nell'ORGANIGRAMMA) per definire le unità organizzative di linea è stato quello della responsabilità diretta delle risorse e delle funzioni assegnate. Ogni Unità ha funzioni analoghe che sono definite per Decreto ministeriale (DM 444/90) a prevenzione, cura e riabilitazione nel campo delle dipendenze da sostanze d'abuso.c) *Criterio di aggregazione utilizzato* (nel FUNZIONIGRAMMA) per definire gli ambiti di competenza delle unità organizzative di linea è stato quello delle competenze e compiti omogenei all'interno dell'unità organizzativa principale (SERT) e delle funzioni assegnate.

Fig. 21: Organigramma: responsabilità organizzative

Dipartimento delle Dipendenze

ASL DI XYZ
coordinatore dott. G. Verdi



Professionalità

Sert 1

6 medici
3 psicologi
5 infermieri
4 ass. sociali
2 educatori
4 amministrativi

Sert 2

7 medici
4 psicologi
10 infermieri
6 ass. sociali
3 educatori
6 amministrativi

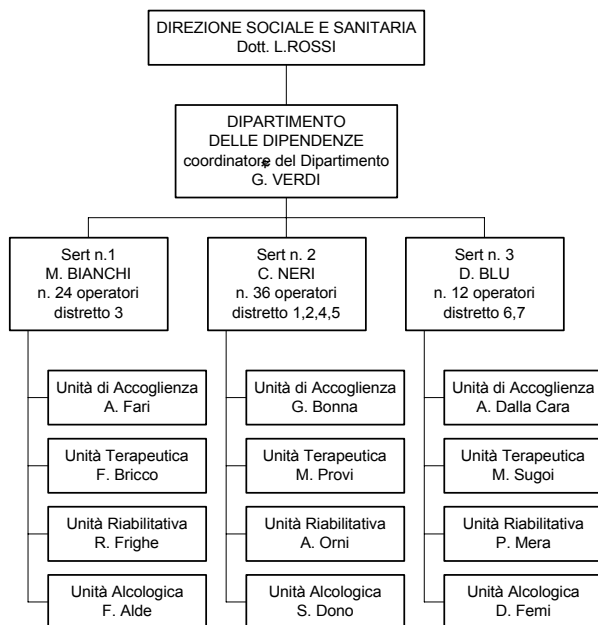
Sert 3

3 medici
2 psicologi
3 infermieri
2 ass. sociali
1 educatori
1 amministrativi

Fig. 22: Funzionigramma: funzioni specifiche

Dipartimento delle Dipendenze

ASL XYZ
coordinatore dott. G. Verdi



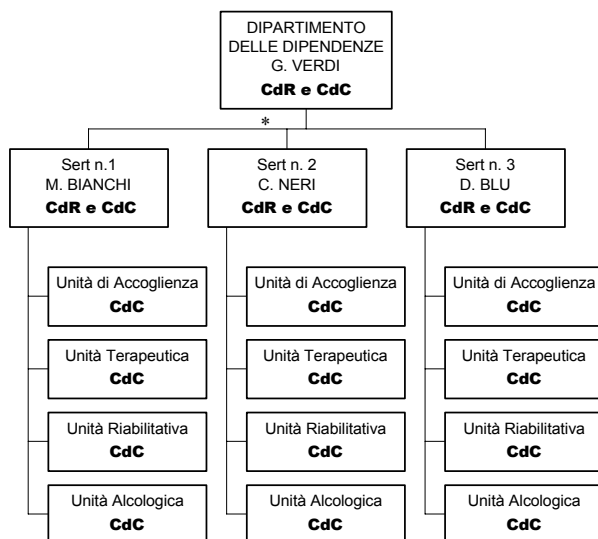
Criteri di aggregazione utilizzati

1. Per definire la ripartizione delle unità organizzative principali (Ser.T 1, 2, 3) il criterio utilizzato è stato quello territoriale
2. per definire gli ambiti di competenza delle unità organizzative *interne* ai singoli Ser.T è stato quello delle competenze e compiti omogenei (accoglienza, terapia, riabilitazione, terapia alcolologica)

Fig. 23: Centri di responsabilità e di costo

Dipartimento delle Dipendenze

ASL XYZ
coordinatore dott. G. Verdi

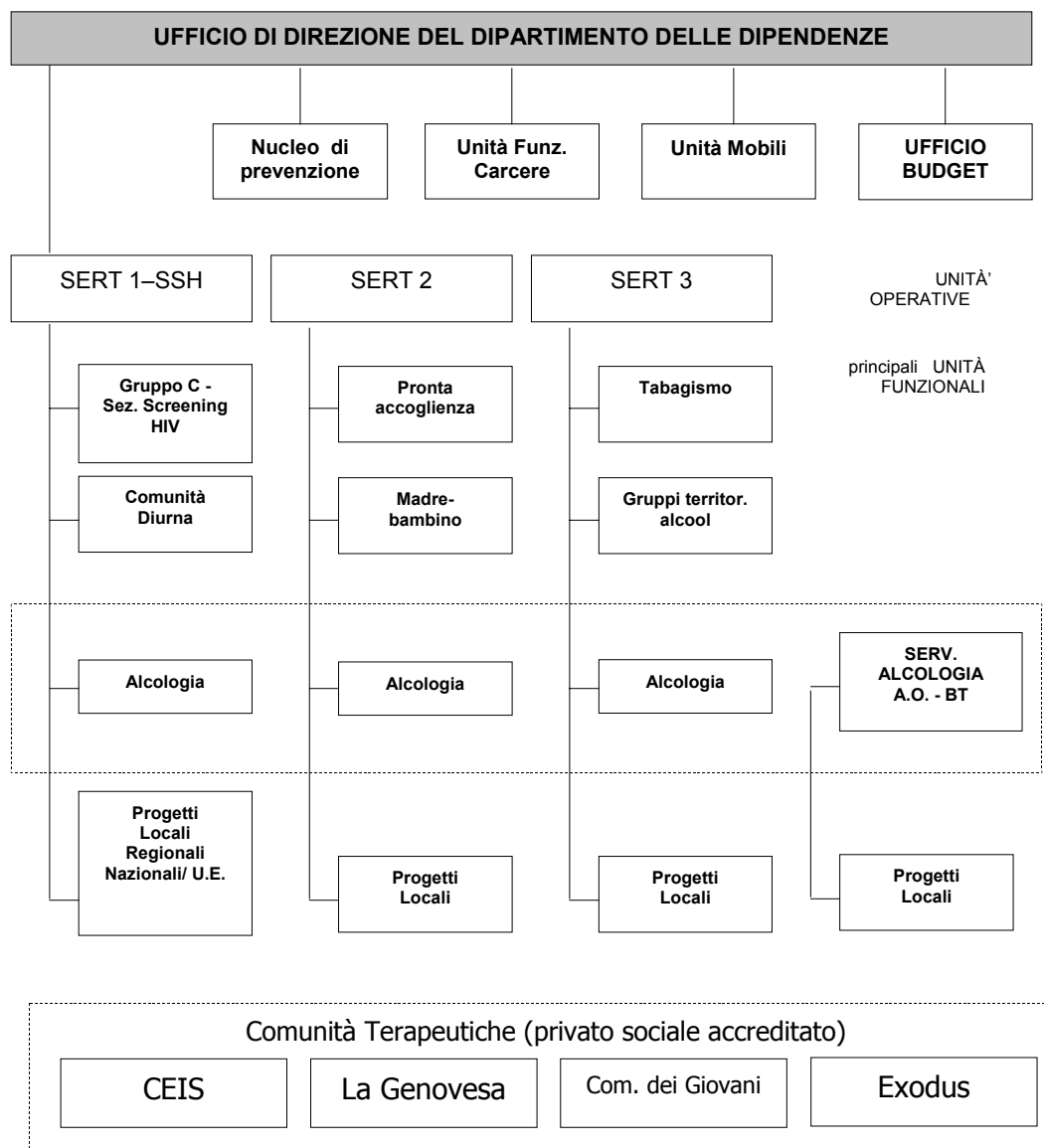


Criteri di definizione utilizzato

1. CdR: responsabilità economica
2. CdC: aggregazione contabile di costi omogenei per generatore



Fig. 24: Esempio di funzionigramma semplificato del dipartimento delle dipendenze della azienda ULSS 20 di Verona



CONCLUSIONI

L'utilizzo di queste tecniche di rappresentazione dell'assetto organizzativo di una azienda o di una unità organizzativa risulta molto utile e di facile applicazione. Definire con una certa precisione la propria struttura permetterà una migliore operatività anche per la chiarezza che verrà introdotta tra gli operatori relativamente ai rapporti di sovra e subordinazione e, con il funzionigramma, delle funzioni dell'U.O..

Vale la pena di ricordare la sostanziale differenza tra l'organigramma (rappresentazione delle responsabilità organizzative), il funzionigramma (rappresentazione delle funzioni delle singole U.O.), del piano dei centri di responsabilità (rappresentazione delle responsabilità economiche) e del piano dei centri di costo (rappresentazione dei punti di aggregazione dei

costi a fini contabili). Tutte e quattro queste rappresentazioni sono indispensabili per comprendere l'organizzazione nel suo complesso, tuttavia hanno finalità e funzioni diverse che non devono essere confuse anche se vi è sicuramente una forte coerenza tra le varie rappresentazioni.

BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R., Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, progettare per la sanità, Gennaio 1997
- AA.VV Atti del convegno "Il Dipartimento ospedaliero", Università L.Bocconi, novembre 1996
- AA.VV Dichiarazione etica contro le droghe. A cura di G. Serpelloni -Edizioni La Grafica, Gennaio 1999
- AA.VV Eroina, infezione da HIV e patologie correlate. A cura di G. Serpelloni, G.Rezza, M.Gomma, Leonard Edizioni, Aprile 1995
- AA.VV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
- Agliati M., Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi, EGEA, 1996
- Amarilli F., Mainetti S., Onagro E., L'utilizzo delle tecnologie intranet per lo sviluppo degli enti locali: il caso della Comunità Montana della Valle Canonica Sistemi di Impresa, 1999
- Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Veneto, Le politiche regionali per una società libera dalle droghe, Ediz. La Grafica, Novembre 2000
- Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
- Berbari G., Biazio S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
- Biffi A., Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management, Economia & Management, 1997
- Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
- Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000
- Borgonovi E., Introduzione all'economia dell'amministrazione pubblica, Giuffrè, 1984
- Borgonovi E., Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, EGEA 1996
- Bortignon E., Frati P. e Tacchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Caccia C., Longo F., L'applicazione di modelli organizzativi "evoluiti" al sistema socio sanitario pubblico, Mecosan, 1995
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999
- Cartoccio A., Fabbro M., Complessità organizzativa e sviluppo manageriale, Sviluppo e Organizzazione, n°131 1992
- Casati G. Il percorso del paziente e la gestione per processi in sanità. EGEA (Università Bocconi e Giuffrè editori SpA), 2000.
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997
- Costa G., Nacamulli R.C.D., Manuale di organizzazione aziendale, UTET
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1194
- Di Stanislao F., Liva C., Accredimento dei servizi sanitari in Italia, Centro Scientifico Editore, 1998
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users, EMCDDA, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Galbraith J., La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni, Problemi di gestione, vol.9, 1975
- Galbraith J., Organization design, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Grandori A., L'organizzazione delle attività economiche, Il Mulino, 1995
- Grandori A., Organizzazione e comportamento economico, Il Mulino, 1998
- Grilli R., Penna A. e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Guarnieri F., Guarnieri L., Guarnieri D., Il diritto di accesso ai documenti amministrativi, Giuffrè Editore, 1999
- Guzzanti E. et AL, Aree funzionali omogenee e dipartimenti, Federazione Medica, 4-8, novembre 1994
- Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling&Kupfer, 1993
- Jefferson T., Deminichelli V., Mugford M., La valutazione economica degli interventi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Marchiali R., Rognoni G., Cause Effetti in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994



- Meneguzzo M., Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione dell'efficacia dei network sanitari, *Mecasan*, n°19 1996
- Mintzberg H., *Le strutture organizzative*, Il Mulino, 1985
- Montironi M., Genova M., Riorganizzare i servizi pubblici, *Sviluppo & Organizzazione*, n.167, 1998
- Morandi E., Gonano E., *Trasparenze & Privacy in sanità*, Edizioni Cidas 1998
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., *Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro*, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Normann Richard, *La gestione strategica dei servizi*, ETASLIBRI, 1984
- Oggioni E., *Le organizzazioni professionali a network*, *Sviluppo & Organizzazione*, n°.140, 1993
- Ongaro E., *Public Administration Process Reengineering - La reingegnerizzazione dei processi strumento per l'innovazione della Pubblica Amministrazione*, *Economia & Management*
- Peppard J., Rowland P., *Business Process Reengineering*, Prentice Hall, 1995
- Perrone V., *Le strutture organizzative d'impresa*, EGEA, 1990
- Porter M., *Il vantaggio competitivo*, Edizioni di Comunità, 1987
- Rachele U., Perrone V., *Modelli per la gestione del cambiamento organizzativo*, *Economia & Management*
- Ruffini R., *Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie*, *Mecosan* n°18, 1996
- Rugiadini A., *Organizzazione d'impresa*, Giuffrè, 1979
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., *Eroina Infezione da HIV e patologie correlate*, Leonard Edizioni, 1995
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. *ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali*, Masson, 1996
- V. Perrone. *Le strutture organizzative d'impresa*, EGEA 1990.
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., *Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie*, Centro Scientifico Editore, 1999
- Wilkinson, *Accounting and information system*, John Wiley & Son.s, 1991



“EVIDENCE BASED PUBLIC HEALTH” (EBPH): LA PRATICA SOCIO-SANITARIA FONDATA SULLE EVIDENZE

Francesco Bricolo ¹⁾, Giovanni Serpelloni ¹⁾, Maria Elena Bertani ²⁾, Mario Cruciani ³⁾

1. *Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona*

2. *Progetto Dronet del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni*

3. *Sezione Screening HIV - Centro di Medicina Preventiva - Azienda ULSS 20 Verona*

INTRODUZIONE

La Medicina Basata sulle Evidenze (Evidence-Based Medicine - EBM) è rappresentata, secondo la celebre definizione di David Sackett, “dall’uso cosciente, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze (cioè prove di efficacia) biomediche al momento disponibili al fine di prendere decisioni per l’assistenza del singolo paziente”.

L’EBM:

- è un metodo per l’agire clinico;
- fa leva sullo sfondo epidemiologico della medicina moderna;
- la revisione sistematica e la meta-analisi sono gli strumenti utilizzati per risolvere alcuni dei problemi legati alla ricerca/interpretazione delle migliori evidenze disponibili.

Praticare l’Evidence Based Medicine significa quindi integrare l’esperienza professionale individuale con le conoscenze ricavabili dalle migliori evidenze scientifiche derivate da ricerche sistematiche.

L’Evidence Based Public Health estende i principi dell’Evidence Based Medicine (EBM) a tutti i professionisti coinvolti direttamente o indirettamente nella presa in carico della salute: l’infermiere, l’assistente sociale, l’educatore, lo psicologo, il medico, l’amministratore e il manager.

BACKGROUND

Introdotta in Italia negli anni '90 la "Medicina basata sulle Evidenze" è stata accolta come la metodologia che rendeva possibile uscire da una pratica clinica fortemente disomogenea e frammentata senza precisi punti di riferimento per andare verso una pratica clinica fondata su prove di efficacia ottenute con metodologie validate.

Questa prospettiva, di esercitare una pratica socio-sanitaria fondata sulle prove di efficacia, solleva comunque una serie di critiche e obiezioni.

In primis si dice che in medicina non è possibile fare riferimento solamente alle prove di efficacia proprio perché la medicina non è una scienza esatta e tante volte l'esperienza del singolo può valere più delle prove di efficacia di un trattamento. Questo fa sì che i presupposti dell'EB siano sbagliati. Le prove di efficacia si ottengono, infatti, "misurando" e non tutto è misurabile nell'ambito socio-sanitario. L'esempio tipico è l'empatia con cui l'operatore vive la relazione con il paziente, con cui il medico dà il farmaco.

Una seconda critica rivolta all'EB è la possibilità per l'operatore di "nascondersi" dietro le parole, per esempio emettere una diagnosi e non interessarsi più del paziente, prescrivere un farmaco e non accertarsi che il paziente capisca correttamente o sia nelle condizioni di assumerlo realmente.

LE QUATTRO TAPPE

La metodologia EB è facilmente spiegabile e altrettanto facilmente usufruibile, inoltre, una volta appresa mette l'operatore in condizioni di autoaggiornarsi.

Il punto di partenza è la consapevolezza che ogni operatore socio-sanitario è probabilmente cresciuto all'interno di un paradigma tradizionale, secondo il quale la pratica clinica è basata su osservazioni personali e le ipotesi patogenetiche sono spesso di tipo congetturale. L'EB propone un paradigma secondo il quale le osservazioni dell'operatore possono integrarsi con le evidenze scientifiche consultabili interrogando in maniera metodologica i data base disponibili in rete (vedi tabella 5).

Tab. 1: Confronto tra il Paradigma tradizionale e il Paradigma Evidence Based

PARADIGMA TRADIZIONALE	PARADIGMA EVIDENCE BASED
Pratica clinica derivata da osservazioni personali	Pratica clinica in cui le osservazioni personali s'integrano con le informazioni derivate dalle migliori evidenze cliniche ESTERNE disponibili
Ragionamento basato su modelli eziopatogenetici (spesso congetturali)	Pratica clinica basata su ipotesi eziopatogenetiche sostenute da studi di coorti di pazienti (dati due gruppi di pazienti omogenei, uno è esposto ad una noxa e l'altro no)

Pensare in termini di evidenze cliniche significa necessariamente prendere confidenza con un metodo preciso e con degli strumenti.

Il modello a quattro tappe che verrà descritto nella tabella 2 definisce in maniera esatta il procedimento. Si tratta di una matrice, di uno schema cioè che produce operazioni.

Le 4 tappe dell'EB:

1. Formulare chiaramente un problema clinico a partire dal problema presentato dal paziente.
2. Ricercare ed identificare le migliori evidenze esterne relative al problema in questione.
3. Valutare criticamente queste evidenze in termini di validità (ossia vicinanza alla verità)



ed utilità (ossia applicabilità).

4. Mettere in atto, nella pratica clinica, i risultati emersi.

Ognuna delle tappe è generata dalla precedente in sequenza, quindi non si può arrivare all'ultima senza essere passati dalla tre precedenti. In ogni tappa poi ci sono delle altre matrici che generano operazioni.

Formulare chiaramente un problema clinico a partire dal problema presentato dal paziente

Anche in questo caso si utilizza una matrice il cui punto di partenza è la formulazione di un quesito. Per quanto possa sembrare semplice va invece chiarito che il quesito clinico è utile solamente se è specifico e non generico.

Tab. 2: Matrice "to built a clinical question"

1. PROBLEMA DEL PAZIENTE	2. INTERVENTO.	3. PARAGONE DELL'INTERVENTO	4. OUTCOME
Descrivi il tuo cliente e il suo problema. Può essere una diagnosi o un tipo di problema.	Descrivi l'intervento che proponi: -un trattamento; -una causa; -un fattore prognostico.	Nel caso di un trattamento descrivi un intervento di paragone.	-Paradigma terapeutico per cui l'intervento X è meglio dell'intervento Y. -In mancanza di un paradigma si formulano delle key-word per la ricerca delle evidenze.

Questa matrice serve a costruire una domanda clinica.

La matrice funziona pienamente se l'operatore pone un quesito, propone una prima soluzione e poi ne propone una seconda di alternativa.

Scenario.

Un uomo di 24 anni è stato ammesso in un SPDC perché sentiva voci.

Era già stato precedentemente ammesso con un quadro simile ma non c'era diagnosi.

Ha una storia di abuso di sostanze.

Non vuole prendere aloperidolo perché ha avuto distonie.

Vuole andarsene dall'ospedale e non ha riferimenti sociali.

Un medico, per esempio, al punto 1 formula l'ipotesi diagnosi di psicosi, al punto 2 propone un primo intervento con l'alooperidolo, al punto 3 paragona l'alooperidolo ad un'altra molecola come per esempio l'olanzepina.

In questo esempio un medico si poneva un problema che ha una soluzione pratica già standardizzata.

Esiste tuttavia la possibilità che l'operatore si trovi davanti a delle domande per le quali non è a disposizione un paradigma di riferimento.

Tab. 3: Esempio

1. PROBLEMA DEL PAZIENTE	2. INTERVENTO.	3. PARAGONE DELL'INTERVENTO	4. OUTCOME
Psicosi	Aloperidolo	È meglio l'olanzepina	Nella manualistica v'è un paradigma di riferimento

Ricercare ed identificare le migliori evidenze esterne relative al problema in questione

Il punto quattro, cioè l'outcome, prevede due principali possibilità. Può esserci un paradigma di riferimento già stabilito o può essere un ambito nel quale non c'è ancora un paradigma. In quest'ultimo caso la matrice è utile per generare key-words per la ricerca delle evidenze sull'argomento. Anche in questo caso per esempio la matrice funziona tanto meglio quanto più specifiche sono le domande.

Scenario.

Una donna con diagnosi di AIDS si presenta al servizio in condizioni di precarietà socio-sanitaria ma non deteriorata.

C'è la possibilità d'inserirla in una casa alloggio per AIDS o di assisterla a casa con l'assistenza domiciliare.

Utilizzando la matrice a quattro punti si possono generare le key-words per una ricerca delle evidenze nello specifico campo tenendo presente che bisogna pensare in lingua Inglese.

Tab. 4: Matrice delle Key words

1. PROBLEMA DEL PAZIENTE	2. INTERVENTO.	3. PARAGONE DELL'INTERVENTO	4. OUTCOME
Donna con AIDS in condizioni di precarietà socio-sanitaria ma non compromessa.	Assistenza domiciliare.	Casa alloggio.	Key-words: -AIDS; -health care.

Una volta stabiliti alcuni gruppi di key-word è bene individuare alcuni motori di ricerca adatti. In genere i siti di Medline e Pub Med sono quelli di più facile consultazione e consentono l'uso di alcuni filtri come per esempio la ricerca di RCTs acronimo di Randomized Clinical trials, Metanalisi etc. Quasi sempre è a disposizione un abstract con l'indirizzo dell'autore di riferimento.

Riferimenti in rete

Tramite la connessione ad Internet è possibile consultare sia i centri EB che quelli Cochrane.

**Tab. 5: Riferimenti in rete**

DESCRIZIONE	URL
Evidence Based Practice on the Internet	http://www.shef.ac.uk/~scharr/ir/netting/
Centre for Health Evidence	http://www.cche.net/
EB Child Health	http://www.ich.bpmf.ac.uk/ebm/ebm.htm
Domaina	http://www.cebd.org/
Centre EBM	http://cebm.jr2.ox.ac.uk/
Centre EBM	http://www.library.utoronto.ca/medicine/ebm/
Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze	http://www.gimbe.org/Home.htm
Centre for Evidence-Based Pharmacotherapy	http://www.aston.ac.uk/pharmacy/cebp/
Centre for Health Information Quality (C-H-i-Q),	http://www.hfht.org/chiq/index.htm
CENTRE FOR STATISTICS IN MEDICINE	http://www.ihs.ox.ac.uk/csm/
The Unit for Evidence-Based Practice and Policy	http://www.ucl.ac.uk/primcare-pops/uebpp/uebpp.htm

Valutare criticamente queste evidenze in termini di validità (ossia vicinanza alla verità) ed utilità (ossia applicabilità)

Una volta che si sono generate le key-word e si sono trovate alcune evidenze, si deve procedere alla valutazione della qualità. Per quanto in questo ambito ci si limiti ad una esemplificazione nell'ambito degli studi sull'efficacia della terapia, va detto che vi sono metodi diversi per diversi tipi di studi che sono principalmente cinque, vedi tabella 6.

Tab. 6: Tipologie di evidenza - Oxford Centre for Evidence-based Medicine Levels of Evidence (May 2001), (<http://cebm.jr2.ox.ac.uk/docs/levels.html>)

	TIPOLOGIE DI EVIDENZA
1	Therapy/Prevention, Aetiology/Harm
2	Prognosis
3	Diagnosis
4	Differential diagnosis/symptom prevalence study
5	Economic and decision analyses

Ciò significa che la valutazione critica di un'evidenza deve avvenire utilizzando matrici per tipologia.

La matrice che si propone a mò di esempio è adatta per studi sull'efficacia delle terapie.

In pratica l'operatore che ha in mano un abstract o meglio ancora un articolo sull'efficacia di una tale terapia procede a verificare i cinque punti proposti nella tabella 6, i primi tre per verificarne la validità e i rimanenti per verificare se quel contributo è adatto al mio paziente o ai miei pazienti.

Tipologia degli studi

Una volta identificata un'evidenza si procede alla sua qualificazione e per farlo è necessario identificare principalmente la tipologia dell'articolo che dovrebbe risultare chiara già dall'abstract.

La lettura dell'abstract può essere fatta con il metodo IMRD acronimo di Introduzione, Metodo, Risultati, Discussione.

Nella tabella 7 vengono proposte le definizioni delle diverse tipologie di studi.

Tab. 7: Tipologie di studi

	STUDI	DESCRIZIONE
1	Randomizzati	I soggetti vengono assegnati in maniera casuale ad un gruppo d'intervento e al gruppo di controllo. I gruppi vengono seguiti per un periodo determinato e valutati per una serie di elementi decisi all'inizio dello studio. Essendo i gruppi identici in teoria le differenze sono attribuibili alla terapia.
2	Di coorte	Due o più gruppi di soggetti vengono selezionati, uno è esposto a fattori rischio e l'altro non vengono seguiti (follow-up) per mesi-anni e si verifica lo sviluppo della malattia.
3	Trasversali	Un campione rappresentativo di soggetti viene intervistato rispetto a determinati quesiti. Le domande possono anche essere retrospettive. È il metodo utilizzato dai sondaggi.
4	Caso controllo	Si identificano persone affette da una malattia o portatori di una condizione specifica. Queste vengono appaiate con soggetti di controllo (persone con altra malattia, popolazione generale, parenti o vicini di casa). Si analizza l'esposizione ad un fattore eziologico della malattia.
5	Casi clinici	Narrazione della storia clinica di un paziente. Presentati come casistiche. Evidenza scientifica debole. Contiene un gran numero di informazioni che non possono essere presenti in uno studio clinico di diverso genere.

Una lettura attenta della tabella 7 ci mette in condizioni di comprendere un termine molto utilizzato: "aneddotico". Il carattere aneddottico di uno studio dipende sostanzialmente dal numero delle persone coinvolte e dal metodo utilizzato. I "casi clinici" e i "casi controllo" sono quasi sempre di carattere aneddottico. Ciò tuttavia non deve portare a pensare che il problema clinico sotteso sia poco rilevante. Vi possono essere disturbi clinici importanti per i quali è difficile reclutare una popolazione numericamente significativa.

Nella tabella 8 specifichiamo ulteriormente il modello degli studi clinici. Vale la pena ricordare ancora una volta che gli studi sulle prove di efficacia riguardano sempre e solo il



paragone di due diversi interventi terapeutici rispetto ad una diagnosi. Gli studi di coorte per esempio riguardano indagini atte ad identificare una “noxa”, cioè un fattore di rischio o la causa di un disturbo.

Tab. 8: Principali tipi di sperimentazione clinica

PRINCIPALI TIPI DI SPERIMENTAZIONE CLINICA	
Modello di sperimentazione	Note
1. Non controllata	Il trattamento sperimentale viene assegnato a tutti i pazienti eleggibili consecutivamente osservati. Non c'è confronto diretto con altri gruppi di pazienti, e gli effetti del trattamento sperimentale sono valutati in base al confronto con il decorso della malattia trattata con terapie standard, che si ritiene ben noto.
2. Controllata, non randomizzata: -controlli paralleli -controlli storici -controlli da banche dati	Il trattamento sperimentale viene assegnato a tutti o ad una parte dei pazienti eleggibili consecutivamente osservati. C'è un gruppo di pazienti trattati in altro modo, arruolati con procedure diverse, che servono come controlli. Rimane incerta la comparabilità fra pazienti che ricevono il trattamento sperimentale ed i controlli.
3. controllata e randomizzata	L'assegnazione dei trattamenti, sperimentale e di controllo, è fatta mediante un sistema di sorteggio (randomizzazione) che favorisce la comparabilità tra i gruppi.
4. Meta-analisi	È una sintesi quantitativa, che permette di assemblare sperimentazioni multiple di uno stesso trattamento (in genere randomizzate).

Una volta che s'è identificata un'evidenza, la si deve “verificare/falsificare” e l'EB propone delle semplici tabelle con domande standardizzate, le risposte alle domande devono risultare tutte “sì”. Se c'è un no, l'evidenza non è conforme ai principi EB.

Nella tabella 9 si riportano le domande utilizzate per validare un Test diagnostico secondo i principi EB.

Tab. 9: Il risultato di questo studio diagnostico è valido? posso applicarlo al mio paziente?

CRITICAL APPRAISAL FORM FOR A DIAGNOSTIC STUDY			
	Are the result of this diagnostic study valid?	YES	NO
1	Was there an independent, blind, comparison with a reference (“gold”) standard of diagnosis?		
2	Was the diagnostic test evaluated in an appropriate spectrum of patients (like those on whom it would be used in practice)?		
3	Was the reference standard applied regardless of the diagnostic test result?		
4	Can I apply it to my patient?		
5	Is the diagnostic test available, affordable, accurate, and precise in your setting?		
6	Can you generate a clinically sensible estimate of your patient's pre-test probability (from practice data, from personal experience, from the report itself, or from clinical speculation)?		
	Will the resulting post-test probabilities affect your management and help your patient? (Could it move you across a test-treatment threshold?)		

Livelli di evidenza

Per valutare l'eventuale validità di un intervento clinico si devono esaminare le prove della sua efficacia cercando gli studi condotti in proposito. A tal fine esistono vari livelli di evidenza: il più elevato deriva da uno studio eseguito facendo un confronto indipendente (in cieco) con un gold standard, applicato ad una popolazione appropriata di pazienti consecutivi, cioè come vengono, a caso, non scelti appositamente. Poi si va sempre più giù fino ai pareri di esperti non sostenuti da valutazioni critiche, bensì da esperienze personali o considerazioni teoriche. Questi ultimi non devono essere scartati ma valutati con la dovuta cautela nell'attesa che vengano fatti studi scientifici.

Le linee guida basate sull'evidenza clinica si fondano su diversi livelli di evidenza: più forte è l'evidenza, maggiore fiducia può essere risposta dal lettore nelle raccomandazioni contenute nelle linee guida. Le raccomandazioni sono il "cuore" di ogni linea guida. Queste devono essere delle affermazioni precise su specifiche azioni da fare, o non fare, in specifiche circostanze, e riflettere la forza dell'evidenza utilizzata per ogni specifica affermazione. Heffner ha ulteriormente sviluppato il tema di come la EBM possa aiutare nella stesura delle linee guida di pratica clinica. Ogni gruppo di individui che sviluppano linee guida definisce propri livelli di forza dell'evidenza. La Canadian Hypertension Society Consensus Development Conference ha definito i livelli di evidenza descritti di seguito. La maggior parte di coloro i quali sviluppano delle linee guida usano una classificazione dei livelli di evidenza simile ma non identica.

I livelli di evidenza vanno dal più affidabile (derivante da meta-analisi di studi randomizzati, controllati), al meno accreditato IV (derivante da esperienza personale).

Tab. 10: I livelli di evidenza

LIVELLI	TIPO DI EVIDENZA
I A	derivante da meta-analisi di studi randomizzati, controllati
I B	derivante da almeno uno studio randomizzato, controllato
II A	derivante da almeno uno studio controllato, ben disegnato ma non randomizzato
II B	derivante da almeno uno studio di altro tipo, quasi sperimentale
III	derivante da studi prescritti, non sperimentali, quali studi comparativi e caso-controllo
IV	derivante da relazioni di comitati di esperti e/o dall'esperienza di Autorità riconosciute

Il grado di raccomandazione indica come sarà la gestione del caso in base alle evidenze trovate: più forte sarà la raccomandazione più favorevole sarà la conduzione del caso. Ad ogni raccomandazione viene assegnato un "grado" o livello di forza, aggiuntivo rispetto al livello di qualità dell'evidenza.

Nell'esempio seguente si può vedere come viene condotta una valutazione per un tipo di intervento proposto in un caso clinico: "è utile la somministrazione di Naltrexone per persone dipendenti da oppiacei?"

**Tab. 10: Grado di raccomandazione**

GRADO	RACCOMANDAZIONE
A (Livelli di evidenza Ia e Ib)	Indicata da almeno uno studio randomizzato e controllato
B (Livelli di evidenza IIa, IIb e III)	Indicata da studi clinici ben disegnati ma non randomizzati
C (Livello di evidenza IV)	Indicata da comitati di esperti sulla base dell'esperienza clinica, in assenza di specifici studi clinici

Tab. 11: Esempio

TITOLO	Naltrexone per la dipendenza da oppiacei.
POPOLAZIONE TARGET	Tossicodipendenti da oppiacei dopo la disintossicazione.
INTERVENTO VALUTATO	Trattamento con Naltrexone a qualunque dosaggio, da solo o in combinazione con altri trattamenti farmacologici o psicologici.
NUMERO E DISEGNO DEGLI STUDI	-9 studi randomizzati (RCT); -2 studi clinici controllati (CCT).
QUALITÀ METODOLOGICA DEGLI STUDI	-criteri per la randomizzazione descritti solo in 1 studio; -numero partecipanti varia fra 12 e 92, prevalentemente pochi partecipanti; (totale: 762); -criteri di inclusione dei partecipanti descritti solo in 8 studi ; -drop out riportato solo in 8 studi.
MISURE DI RISULTATO DELLA REVISIONE	-completamento del trattamento; -uso di oppioidi durante il trattamento; -(re)incarcerazione durante il trattamento; -durata media del trattamento.
RISULTATI	Per ciascuna misura di outcome l'OR non è risultato statisticamente significativo, con l'eccezione del rischio di reincarcerazione (OR 0.30 CI 95% 0.12-0.76), favorevole al gruppo sperimentale.
CONCLUSIONI E NOTE	Non è possibile una valutazione oggettiva del Naltrexone per il trattamento della dipendenza da oppiacei. Gruppi di persone caratterizzati da forte motivazione a non ricadere nella dipendenza hanno riportato migliori risultati.

Mettere in atto nella pratica clinica i risultati emersi

L'operatore che fonda la sua pratica professionale sulla metodologia EB dovrà mentalizzare alcune matrici operative come le quattro tappe che sono il primo punto di riferimento e in secondo luogo prenderà confidenza e mentalizzerà anche gli altri strumenti che risultano fondamentali.

Scenario.

Una donna di 35 anni con diagnosi di dipendenza da sostanze e disturbo di personalità Borderline formula una richiesta d'aiuto per dei colloqui psicologici.

La psicologa si domanda se è più efficace un intervento di tipo dinamico o cognitivo.

Lo psicologo che ha in carico il cliente si trova a valutare la possibilità d'impostare colloqui secondo i modelli dinamici o cognitivo comportamentali.

Tab. 12: Quesito posto dallo psicologo

1. PROBLEMA DEL PAZIENTE	2. INTERVENTO.	3. PARAGONE DELL'INTERVENTO	4. OUTCOME
Disturbo Borderline e Dipendenza da Oppiacei in donna di 35 anni.	Psicoterapia focale cognitiva/comportamentale.	Psicoterapia focale dinamica.	

Il tema dell'efficacia dei trattamenti psicoterapici nei clienti con disturbo borderline e con dipendenza da oppiacei è ampiamente dibattuto. Ad un'analisi in termini di EB risulta che studi di efficacia siano stato prodotti solamente sul "modello dialettico comportamentale" di Linehan e sul "modello dinamico" di Fogany.

La tabella 13 propone la risposta al quesito della tabella 12.

Tab. 13: Risposta al quesito

1. PROBLEMA DEL PAZIENTE	2. INTERVENTO	3. PARAGONE DELL'INTERVENTO	4. OUTCOME
Disturbo Borderline e Dipendenza da Oppiacei in donna di 35 anni.	Psicoterapia focale cognitiva/comportamentale.	Psicoterapia focale dinamica.	Il "modello dialettico-comportamentale" ha dimostrato la sua efficacia attraverso più studi controllati. Il "modello dinamico" è stato sottoposto con buon esito ad una prova di efficacia.

Sulla tabella 13 è bene fare alcune considerazioni.

Le prove di efficacia sono state prodotte con RCTs sui modelli specifici "dialettico comportamentale" e "dinamico" rispettivamente riportabili ad autori quali Linehan e Fonagy. Non è corretto in termini EB attribuire la valenza di efficacia ad altri modelli all'interno delle scuole cognitivo-comportamentali e dinamiche. Inoltre è possibile che il terapeuta valuti nella sua discrezionalità l'utilizzo di altri modelli teorici indipendentemente dalle prove di efficacia dei modelli sopra descritti. Infine l'EB insegna a porsi la domanda se quella terapia è idonea al "nostro" paziente. Le caratteristiche del campione studiato nelle prove di efficacia possono per esempio essere diverse a seconda del cliente che si ha in carico.



CENTRI COCHRANE

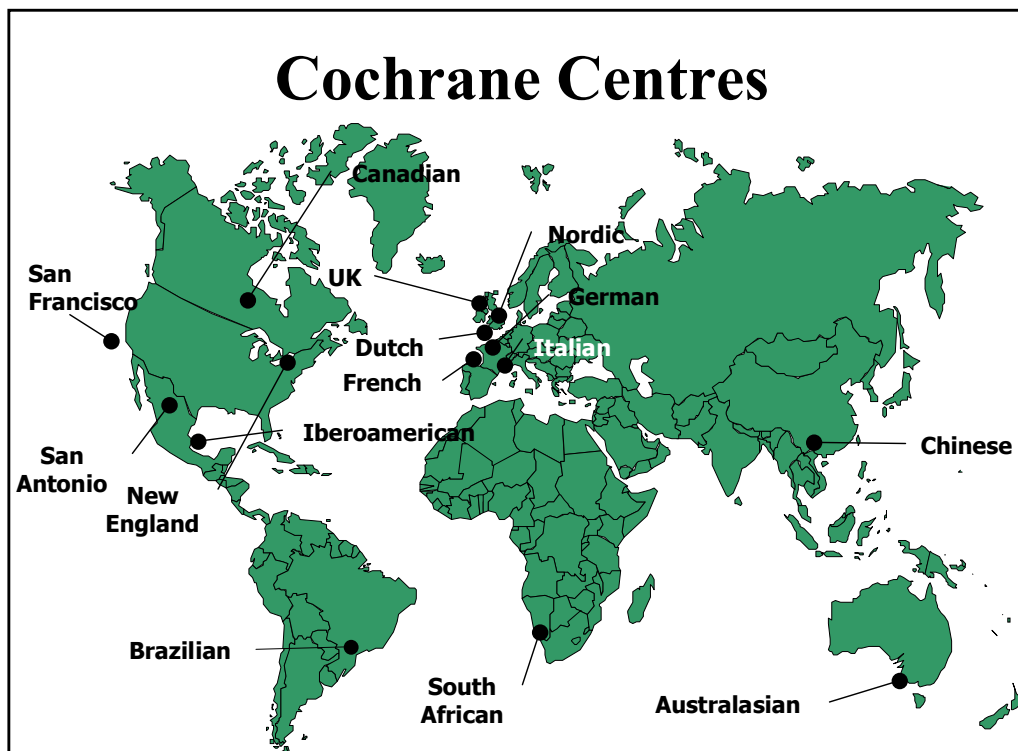
Archibald Cochrane (1909 – 1988), un epidemiologo inglese, ha dato un decisivo contributo allo sviluppo dell'epidemiologia come scienza. Egli sosteneva che i risultati della ricerca avevano un impatto molto limitato sulla pratica clinica e affermava che “è causa di grande preoccupazione constatare come la professione medica non abbia saputo organizzare un sistema in grado di rendere disponibili, e costantemente aggiornate, delle revisioni critiche sugli effetti dell'assistenza sanitaria”. Cochrane suggeriva di rendere disponibili a tutti i pazienti solo gli interventi sanitari di documentata efficacia.

In risposta a tale esigenza, è stata fondata la *Cochrane Collaboration*: un network internazionale che ha l'obiettivo di “preparare, aggiornare e disseminare revisioni sistematiche degli studi clinici controllati sugli effetti dell'assistenza sanitaria e, laddove non sono disponibili studi clinici controllati, revisioni sistematiche delle evidenze comunque esistenti” (Bero L, 1995), una sfida culturale che ambisce alla revisione di tutte le aree dell'assistenza sanitaria.

I “Centri Cochrane” sono organizzazioni strutturate in gruppi di lavoro specifici che producono delle “revisioni sistematiche”. È importante comprendere che i gruppi Cochrane sono focalizzati sulla valutazione dell'efficacia degli interventi. Se per esempio un operatore fosse interessato ad uno studio sulle “cause” di una determinata patologia nei gruppi Cochrane non troverà nulla. L'efficacia di un intervento si stabilisce con gli RCTs, cioè studi clinici randomizzati, mentre i fattori eziopatogenetici si individuano tramite Cohort Studies cioè studi di coorte anche detti longitudinali.

La “Cochrane Library” è lo strumento che permette poi la diffusione delle revisioni sistematiche. Consultando la Cochrane Library si consulta la banca dati in cui sono archiviati gli RCTs sugli interventi. L'accesso ai siti Cochrane è sempre a pagamento, mentre sono consultabili gli abstracts.

Fig.1: La dislocazione dei Cochrane Centres nel mondo



Tab.14: Gli indirizzi web Cochrane

DESCRIZIONE	URL
<i>The San Francisco Cochrane Center</i>	http://www.ucsf.edu/sfcc/
<i>The Nordic Cochrane Centre</i>	http://www.cochrane.dk/
<i>Update-software</i>	http://www.update-software.com/Cochrane/default.HTM
<i>The Cochrane Developmental, Psychosocial and Learning Problems Group (CDPLG)</i>	http://www.bris.ac.uk/Depts/CochraneBehav/
<i>The Dutch Cochrane Centre</i>	http://www.cochrane.nl/
<i>The Canadian Cochrane Network and Centre</i>	http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/centres/Canadian/
<i>South African Cochrane Centre</i>	http://www.mrc.ac.za/cochrane/cochrane.html
<i>New England Cochrane Center</i>	http://www.cochrane.org/necc/frameset.htm
<i>PsiTri</i>	http://www.psitri.helsinki.fi/
<i>Deutsches Cochrane Zentrum</i>	http://www.cochrane.de/
<i>Chinacochrane</i>	http://www.chinacochrane.org/
<i>Centro Cochrane Italiano</i>	http://www.areas.it/
<i>Centre Cochrane Français -</i>	http://www.spc.univ-lyon1.fr/citccf/
<i>EB Social Service</i>	http://www.ex.ac.uk/cebss/body.html
<i>Brasialin</i>	http://www.centrocochranedobrasil.org/
<i>Cochrane Cancer Network</i>	http://www.canet.org/
<i>Australian</i>	http://www.cochrane.org.au/

In Italia il sito di riferimento è il Centro Cochrane Italiano (**www.areas.it**).

CONCLUSIONI

La metodologia EB è dunque una risorsa che può essere utilizzata dalle diverse figure professionali che s'integrano nei servizi socio-sanitari. I principali vantaggi dell'EB sono:

- è uno strumento di semplice utilizzo e facilmente trasmissibile che consente all'operatore di tenersi costantemente aggiornato può essere appreso ed utilizzato a



diversi livelli: l'operatore può essere educato a utilizzarlo per integrare le proprie osservazioni con quelle ricavabili dalle evidenze e il ricercatore può organizzare studi di efficacia nelle diverse discipline mediche, sociali e psicologiche;

- consente l'esercizio di una pratica clinica standardizzata che a sua volta dà la possibilità di "misurare" la gravità della patologia del cliente, quindi il grado di "salute aggiunta" e "patologia evitata";
- è la principale risorsa per organizzare una pratica clinica di qualità.

La metodologia EB è una risorsa adeguata alle esigenze del Quality Management poiché consente la razionalizzazione degli interventi terapeutici pur lasciando intatta la discrezionalità dell'operatore e prevede una pratica clinica standardizzata che consente la "misurazione" dell'evoluzione della gravità delle patologie e l'aggiornamento costante del singolo operatore.

BIBLIOGRAFIA

- Archibald L. Cochrane "Efficienza ed Efficacia Riflessioni sui servizi sanitari", Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Cartabellotta A, per il Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze - GIMBE. Evidence-based Medicine I. Il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica. *Rec Prog Med* 1998; 89: 140 - 50
- Cartabellotta A, per il Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze GIMBE. Verso un'assistenza sanitaria basata sulle evidenze scientifiche: strumenti, competenze, ostacoli. *Rec Prog Med* 1997; 88: 435-8
- Cartabellotta A, per il Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze - GIMBE. Evidence-based Medicine II. La ricerca dell'informazione biomedica clinicamente rilevante. *Rec Prog Med* 1998;89:265-74.
- Dickersin K, Manheimer E. The Cochrane Collaboration: evaluation of health care and services using systematic reviews of the results of randomized controlled trials. *Clin Obstet Gynecol* 1998 Jun;41(2):315-31. Review
- Fonagy P, Bateman A, Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *AMERICAN JOURNAL OF PSYCHIATRY* 2000 158(1):36-42
- Greenhalgh T, Evidence Based Medicine, Infomedica 1998
- Grilli R, Penna A, Liberati A. Migliorare la pratica clinica: come promuovere ed implementare linee-guida. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1995.
- Grilli R, Penna A, Liberati A. Migliorare la Pratica Clinica. Produrre ed Implementare Linee-guida. Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Heffner JE. Does evidence-based medicine help the development of clinical practice guidelines? *Chest* 1998 Mar;113(3 Suppl):172S-178S
- Hjelm NM, Tong FF. Patients' records on the Internet: a boost for evidence-based medicine. *Lancet* 1998; 351:1751-2
- Liberati A. Linee-guida ed "evidence-based medicine": l'importanza di distinguere i ruoli. *Epidemiol Prev* 1996;20:277-8
- Linehan MM, Tutek DA, Heard HL, Armstrong HE, Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *Am J Psychiatry* Dec;1994 151(12):1771-6
- Riegelman RK, Decidere per curare Dimensioni di salute, benefici, danni, costi. Centro Scientifico Editore 1995
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB, Evidence-based Medicine. How to Practice and Teach EBM, Second Edition, Churchill Livingstone 2000
- Sackett DL, Straus SE. Finding and applying evidence during clinical rounds: the "evidence cart". *JAMA* 1998; 280:1336-8
- Schattner A, Gabovich N, Lifschitz A, Becker S. Medline solution. *Lancet* 1999;353:462
- Tringali M, Pramotton L, Iannucci P, Cosentino F. Utilizzo di Medline per la soluzione di problemi clinici reali. Uno studio prospettico in Italia. *Recenti Prog Med* 1996; 87:576-81



LA META-ANALISI: UN UTILE STRUMENTO PER I DIPARTIMENTI DELLE DIPENDENZE

Mario Cruciani

Sezione Screening HIV - Centro di Medicina Preventiva - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Nell'attuale situazione di produzione scientifica vastissima (e talora di scarsa rilevanza ed affidabilità) e di mancanza di tempo e risorse, un corretto aggiornamento diventa un punto essenziale per una buona pratica. Lo sviluppo di senso critico rivolto alla scelta dei lavori validi e quindi da prendere in considerazione per la loro utilità diventa inevitabile per qualunque medico che voglia rimanere aggiornato. Il primo problema dell'aggiornamento consiste nel saper accedere in modo efficace alla produzione scientifica e nel riuscire a individuare le informazioni in grado di accrescere in modo adeguato il proprio bagaglio culturale. La necessità di disporre di uno strumento efficiente in grado di fornire risposte ai quesiti che la medicina richiede non sempre viene soddisfatta dalle informazioni disponibili nella letteratura scientifica. Gli studi clinici spesso forniscono risultati contrastanti o non definitivi; a volte l'evidenza scientifica risulta poco credibile a causa delle limitazioni del campione studiato oppure la valutazione degli effetti di un intervento terapeutico è poco precisa.

L'uso coscienzioso e giudizioso dell'evidenza clinica di miglior qualità disponibile in un determinato momento, allo scopo di prendere decisioni relative alla cura dei singoli pazienti o decisioni di politica sanitaria, va sotto il nome di Evidence Based Medicine (medicina basata sull'evidenza, EBM) o Evidence Based Health Care. Proprio in risposta a queste richieste è andato progressivamente diffondendosi uno strumento in grado di risolvere alcuni dei problemi legati alla ricerca/interpretazione delle migliori evidenze disponibili: la revisione sistematica e la meta-analisi. I due termini, spesso utilizzati come sinonimi, differiscono in effetti dal punto di vista concettuale. Una revisione sistematica è essenzialmente uno strumento atto a ridurre al minimo l'errore sistematico (bias) nell'estrazione dei dati, senza la necessità che questi vengano raggruppati in una qualche maniera formale. La meta-analisi rappresenta piuttosto una tecnica statistica per mettere insieme in maniera formale i risultati numerici provenienti da diversi studi.

Le revisioni sistematiche e le meta-analisi rivestono infatti un ruolo sempre crescente per

la pratica clinica, la formazione e le decisioni di politica sanitaria. Esamineremo pertanto i concetti generali che sono alla base delle revisioni sistematiche e della meta-analisi (se non specificato, i due termini verranno utilizzati nel testo in maniera intercambiabile), e le loro applicazioni pratiche.

REVISIONI TRADIZIONALI E REVISIONI SISTEMATICHE

Il concetto di revisione non rappresenta una componente nuova dell'informazione biomedica. Infatti le rassegne tradizionali, o narrative, costituiscono da sempre un tentativo informale di superare le difficoltà legate alla ricerca ed alla interpretazione degli studi originali. Inoltre, medici e studenti preferiscono spesso le revisioni tradizionali agli studi primari, in quanto più ampiamente informative e facili da leggere.

Occorre però tenere presente che le revisioni narrative classiche, anche se pubblicate da riviste autorevoli, presentano numerosi limiti che contribuiscono ad ostacolare il trasferimento dei risultati della ricerca alla pratica clinica. Innanzitutto, esse rappresentano studi osservazionali e retrospettivi, e pertanto soggetti a numerosi errori sistematici (bias). Le revisioni tradizionali rappresentano inevitabilmente un compromesso tra l'opinione dell'autore e gli studi originali; esse infatti non sono basate su una ricerca sistematica delle evidenze disponibili, ma su una loro selezione legata a diversi fattori: reperibilità, accessibilità linguistica, sintonia con le idee dell'autore. Il processo di selezione, interpretazione e sintesi delle evidenze, non essendo reso esplicito dagli autori, risulta poco riproducibile e non verificabile.

Per tali motivi, se da una parte le revisioni tradizionali rimangono uno strumento utile per ottenere una conoscenza generica su un determinato argomento, specie al di fuori del proprio campo d'interesse, d'altro canto sono scarsamente affidabili per fornire risposte quantitative a specifici quesiti clinici. Nelle revisioni sistematiche, a differenza delle narrative classiche, vi è invece possibilità di ridurre tali bias attraverso l'applicazione di un protocollo scientifico.

Lo scarso impatto che i risultati della ricerca esercitano sulla pratica clinica era già stato pionieristicamente intuito da Archibald (Archie) Cochrane, un epidemiologo che lavorava negli anni 50' e 60' per il sistema sanitario inglese. Già poco dopo la pubblicazione nel 1948 del primo studio controllato e randomizzato (RCT) sull'efficacia della streptomina nella terapia della tubercolosi, Cochrane condusse alcuni RCT. Pur riconoscendo l'importanza fondamentale della qualità delle informazioni ottenibili da tali studi, Cochrane ammetteva che il potere (in senso statistico) degli studi presi individualmente era limitato. A tal proposito scriveva "è causa di grande preoccupazione constatare come la professione medica non abbia saputo organizzare un sistema in grado di rendere disponibili, e costantemente aggiornate, revisioni critiche sugli effetti dell'assistenza sanitaria". Tali concetti hanno progressivamente trovato un consenso generale, e sempre di più si riconosce che lo stato delle conoscenze scientifiche non può riflettere i risultati di un singolo studio, per quanto ben disegnato e condotto.

In risposta a tale esigenza, è stata in seguito fondata la *Cochrane Collaboration*, un network internazionale che ha l'obiettivo di "preparare, aggiornare e disseminare revisioni sistematiche degli studi clinici controllati sugli effetti dell'assistenza sanitaria e, laddove non siano disponibili studi clinici controllati, revisioni sistematiche delle evidenze comunque esistenti". Al momento il registro Cochrane non include meta-analisi sui test diagnostici; peraltro le revisioni di tale tipo, anche se molto meno sviluppate ed utilizzate rispetto a quelle sulla valutazione di trattamenti con farmaci, stanno assumendo crescente importanza.

LE VARIE FASI DELLA REVISIONE SISTEMATICA E DELLA META-ANALISI

Il primo passo consiste nella definizione chiara degli *obiettivi dello studio*. Vi possono essere obiettivi primari e secondari, ma è importante che questi vengano definiti in anticipo (ad hoc), e non dopo l'espletamento dell'analisi (post hoc).

Si passa in seguito alla ricerca bibliografica, computerizzata e manuale, allo scopo di



raccogliere tutta la letteratura di rilievo. La ricerca computerizzata utilizza in genere banche dati del tipo MEDLINE, ed altre fonti quali Cochrane Database of Systematic Reviews, Database of Abstract of Reviews of Effectiveness (DARE), EMBASE. Ogni ricerca computerizzata deve comunque essere completata da quella manuale, attraverso l'analisi della bibliografia degli studi originali e delle revisioni tradizionali selezionati. Un bias comune a tutte le meta-analisi è legato agli studi non pubblicati: si ritiene che, per svariati motivi, i lavori con risultati negativi o nulli vengano pubblicati con frequenza decisamente inferiore rispetto a studi con risultati positivi. Si parla anche di "Publication bias", che può essere quantificato con alcune procedure particolari, quali quelle descritte da Rosenthal e Klein (12, 13). In tal modo è possibile stimare il numero di studi clinici negativi (o nulli) richiesti per determinare la non significatività statistica dei risultati ottenuti. Questi studi negativi rappresentano studi simulati (ipoteticamente non pubblicati e tenuti nascosti) nei quali i trattamenti in confronto dimostrano eguale efficacia. Tanto più è alto il valore numerico trovato con la valutazione del bias di pubblicazione, tanto più la "robustezza" statistica del dato metanalitico è elevata.

Il protocollo deve inoltre specificare i *criteri di inclusione e di esclusione* degli studi che verranno analizzati, ed i motivi per i quali questi criteri vengono utilizzati. Si potranno ad esempio includere i soli RCT, con l'esclusione di studi di coorte; in alternativa si potranno includere sia gli uni che gli altri, con la possibilità di analisi di sottogruppi di studi in base al disegno. È evidente che i criteri di inclusione sono direttamente in relazione allo scopo della meta-analisi, e che pertanto potranno essere inclusi solo gli studi che riportano chiaramente il dato necessario alla definizione dell'effetto dell'intervento.

Una volta che gli studi sono stati individuati, occorre analizzarli per valutare l'aderenza al protocollo sperimentale. Si dovrà specificare la ragione per l'esclusione di alcuni studi. I dati dovranno essere analizzati ed estratti da almeno due sperimentatori e, in presenza di discordanza, questa dovrà essere risolta mediante consenso o grazie all'intervento di altri sperimentatori. In effetti l'estrazione dei dati da uno studio pubblicato non è sempre facile ed immediata; talora è necessario contattare gli autori dello studio primario (telefonicamente, o per corrispondenza) per poter ottenere i dati mancanti.

L'outcome ricercato può essere una *variabile continua* (ad esempio valori di pressione arteriosa, o livelli di colesterolo); più comunemente però le meta-analisi utilizzano misure rappresentate da *variabili categoriche* (ad esempio guariti e non guariti, mortalità, etc.) od anche variabili legate al tempo, come le curve attuariali di sopravvivenza (che peraltro possono, ai differenti tempi, fornire dati dicotomici). Se ad esempio si sta valutando l'efficacia di due trattamenti (sperimentale e controllo) nel ridurre la mortalità per una determinata condizione clinica, si dovranno estrarre i dati necessari alla costruzione di una tabella 2 per 2 come segue:

Tab. 1: Esempio di tabella per la valutazione dell'efficacia tra due trattamenti

	CONTROLLO	SPERIMENTALE
VIVI	A	B
MORTI	C	D

Con questa tabella si può calcolare l'odds ratio (rischio relativo) con la seguente formula:

$$(A \times D) / (B \times C)$$

La valutazione della *qualità degli studi* da analizzare è altrettanto importante delle fasi successive, che caratterizzano più propriamente la meta-analisi. In effetti una revisione sistematica può limitarsi ad arrivare a questa fase, indicando ad esempio la mancanza di studi di qualità sufficiente per ulteriori analisi statistiche dei dati complessivi. Anche in questo caso, la

revisione sistematica avrà fornito indicazioni precise sulla necessità di studi clinici di migliore qualità per l'argomento in oggetto.

Per quanto riguarda gli strumenti utilizzati per la valutazione della qualità degli studi, questi sono in genere semplicemente descrittivi. Al momento infatti non vi è accordo su come i risultati dell'analisi qualitativa possano essere incorporati tra i fattori influenzanti gli algoritmi matematici utilizzati nel processo di "pooling" dei dati.

L'*analisi statistica* che caratterizza il processo meta-analitico si prefigge almeno tre obiettivi. Il primo è quello di valutare se i risultati degli studi scelti possono essere combinati in modo ragionevole. Il secondo è quello di valutare se le differenze nei risultati dei differenti studi sono da mettere in correlazione con il variare delle caratteristiche dello studio (ad esempio disegno del trial, popolazione indagata, situazioni epidemiologiche, etc). Da ultimo potrà fornire una misura comune di risultato (ad esempio l'odds ratio) a partire dalla molteplicità dei risultati degli studi primari.

Di fondamentale importanza per una meta-analisi è la valutazione dell'eventuale presenza di *eterogeneità*. In pratica si valuta se gli studi utilizzati (per aumentare le dimensioni del campione) differiscono l'un l'altro in maniera significativa, e per tale motivo non è opportuno combinarli l'un con l'altro (pooling). Tale incompatibilità nei risultati quantitativi caratterizza appunto l'eterogeneità statistica (14). Nel caso sia evidente la presenza di eterogeneità, è conveniente indagare sulle possibili cause della stessa. L'eterogeneità tra studi può derivare da differenze cliniche conosciute tra gli studi, o da differenze metodologiche, od anche da altre caratteristiche non conosciute degli studi. Dal punto di vista statistico il problema è quello di verificare se le variazioni dei risultati tra i vari studi sono più grandi di quelle attendibili in base al caso. Esistono varie possibilità per il calcolo statistico dell'eterogeneità tra gli studi, e tra esse ricorderemo la metodica di Mantell-Haenszel. Tale metodica (modello a effetti fissi) considera che solo l'errore di campionamento all'interno dei singoli studi possa influenzare la variabilità dei risultati (come espressa dai limiti di confidenza) attorno alla stima cumulativa della meta-analisi. Con il modello a effetto casuale, o di Dersimonian e Laird, oltre alla variabilità intrinseca agli studi (within-study) viene presa in considerazione anche la variabilità tra gli studi (between-study); tale modello si applica in presenza di eterogeneità con la metodica a effetti-fissi.

È inoltre possibile includere od escludere dall'analisi cumulativa singoli studi o sottogruppi di studi identificati sulla base di specifiche caratteristiche (*l'analisi della sensibilità*). Ad esempio, dopo aver eseguito un pooling dei dati indipendentemente dal disegno dello studio, si potranno analizzare solo i dati da RCT, con l'esclusione degli studi non-randomizzati. Il confronto tra i risultati della prima e della seconda analisi potrà rivelarci che il disegno dello studio ha scarsa rilevanza sui risultati o, in caso di disaccordo tra i risultati, evidenziarne l'importanza.

QUALCHE ESEMPIO DI META-ANALISI

La figura 1 mostra i risultati di una meta-analisi riportata sul British Medical Journal (16), relativa all'efficacia della terapia antiaggregante (con 75-325 mg di aspirina o altri farmaci) rispetto a controlli nel prevenire mortalità per cause vascolari, e morbidità per infarto del miocardio e ictus.

I dati della meta-analisi si riferiscono a 145 studi selezionati, stratificati in 4 gruppi ad alto rischio (precedente infarto miocardico, infarto acuto, precedente episodio di TIA od ictus, altre situazioni a rischio) ed in un gruppo a basso rischio (prevenzione primaria). Il gruppo ad alto rischio comprende circa 70.000 pazienti, quello a basso rischio circa 30.000 pazienti. Tutto quello che nella scala sta a sinistra dell'unità indica un effetto protettivo della terapia antiaggregante, e viceversa. Globalmente la riduzione del rischio di sviluppare un evento vascolare era del 25 %, ma variava dal 27 % nei pazienti ad alto rischio al 10 % nei pazienti a basso rischio. In quest'ultimo gruppo, la riduzione del rischio non era statisticamente significativa, come si può evincere dal fatto che - pur essendo l'odds ratio posizionato a sinistra della linea di demarcazione - il rombo, che indica l'intervallo di confidenza al 95 %, interseca la linea.



Le indicazioni cliniche fornite dai risultati della meta-analisi possono pertanto essere riassunte come segue:

- La terapia antiaggregante piastrinica protegge un'ampia varietà di pazienti ad alto rischio di malattia vascolare occlusiva, e può essere considerata per i pazienti con infarto miocardio acuto, angina instabile, o con storia di precedente infarto miocardico, angina, ictus, attacco ischemico transitorio.
- Per contro, non vi è chiara evidenza che la terapia antiplastrinica sia indicata routinariamente nella prevenzione primaria di soggetti a basso rischio di eventi vascolari.

Fig 1: Effetti della terapia antiaggregante piastrinica su eventi vascolari. Il rischio relativo di un evento vascolare è indicato con quadrati neri, ed i relativi intervalli di confidenza con linee orizzontali. I rombi indicano l'odds ratio cumulativo per tutti gli studi, e per i gruppi ad alto e a basso rischio. La riduzione del rischio è indicata a destra

		MI, STROKE, OR VASCULAR DEATH		STRATIFIED STATISTIC		ODDA RATIO AND CONFIDENCE INTERVAL		
CATEGORY OF TRIAL	N° OF TRIAL WITH DATA			O-E	VARIANCE	(ANTIPLATELET: CONTROL)		% ODD REDUCTION (SD)
Pior MI	11	1331/9677 (13,5%)	1693/9914 (17,1%)	-158,5	561,6			25% (4)
Acute MI	9	992/9388 (10,6%)	1348/9385 (14,4%)	-177,9	510,3			29% (4)
Prior Stroke/TIA	18	1076/5837 (18,4%)	1301/5870 (22,2%)	-98,5	386,2			22% (4)
Other High Risk	104	784/11434 (6,9%)	1058/11542 (9,2%)	-134,0	352,5			32% (4)
ALL RIGHT RISK (Four main Categories)	142	4183/36536 (11,4%)	5400/36711 (14,7%)	-568,8	1810,9			27% (2)
ALL LOW RISK (Primari prevention)	3	652/14609 (4,46%)	708/14504 (4.85%)	-28,5	273,5			10% (6)
ALL TRIALS (High or low risk)	145	4852/51144 (9,5%)	6108/51315 (11.9%)	-597,3	2084,4			25% (2)
	Heterogeneity of odds reductions: -between four high risk categories $X^2_3=4,1$:NS -between high and low risk $X^2_1=10,5$:P=0,001					0 0,5 1,0 1,5 2,0 Antiplatelet therapy better Antiplatelet therapy worse Treatment effect 2P<0-00001		

Lo studio qui sopra riportato rappresenta un classico esempio di meta-analisi dell'odds ratio per confrontare due differenti interventi terapeutici. Nell'esempio successivo, verrà presa in considerazione una meta-analisi sull'accuratezza di test diagnostici.

Occorre premettere che le revisioni sistematiche sui test diagnostici differiscono da altri tipo di meta-analisi soprattutto per i criteri di valutazione della qualità degli studi e per i metodi statistici utilizzati (17, 18). Per quanto riguarda i criteri per la valutazione della qualità degli studi, è essenziale che questi riportino dati relativi a gruppi di soggetti rappresentativi di future categorie di pazienti da investigare con il test in oggetto; è inoltre essenziale che la metodica diagnostica sperimentale venga confrontata con quello che è considerata la metodica di riferimento (il "golden standard") per la determinazione della presenza od assenza della patologia di interesse. Il test ideale discrimina senza errore tra soggetti con o senza la patologia, utilizzando in genere misure quali la sensibilità (probabilità che in pazienti malati il test risulti positivo) e la specificità (probabilità che in soggetti sani il test risulti negativo). Tali misure fanno riferimento ad una singola soglia (criterio di positività o cut-point) per definire il risultato del test positivo o negativo; pertanto, modifiche della soglia allo scopo di aumentare la sensibilità del test si possono accompagnare a diminuzioni della specificità del test, e viceversa. Ne consegue che, in qualsiasi meta-analisi di test diagnostici, sensibilità e specificità devono essere considerate congiuntamente. Le tabelle 2x2 necessarie per i calcoli statistici differiscono rispetto a quelle precedentemente illustrate per le classiche meta-analisi dell'efficacia terapeutica, in quanto sono impostate come segue:

Tab.2: Esempio struttura tabella 2x2 per i calcoli statistici

RISULTATI		METODICA DI RIFERIMENTO	
		+	-
METODICA SPERIMENTALE	+	Veri positivi	Falsi positivi
	-	Falsi negativi	Veri negativi

In tal modo si ottiene un odds ratio diagnostico, che descrive la probabilità di un risultato positivo in un soggetto con la malattia che si ricerca in confronto con la probabilità di un risultato positivo in un soggetto esente da tale patologia.

In alternativa si può utilizzare il rapporto di verosimiglianza ("likelihood ratio"), che esprime il rapporto tra probabilità di un particolare risultato di un test tra pazienti con una certa patologia e la probabilità dello stesso risultato in pazienti senza la patologia (18, 19). Il rapporto di verosimiglianza Positivo (Positive likelihood ratio) si calcola con la formula $[\text{sensibilità}/(1-\text{specificità})]$, mentre il rapporto di verosimiglianza negativo con $[(1-\text{sensibilità})/\text{specificità}]$. Valori nel rapporto positivo > 5 e nel rapporto negativo < 0.2 supportano la forte evidenza diagnostica di un test.

Dalla tabella si può ad esempio evidenziare che ad un odds ratio diagnostico pari a 76 corrisponde un valore di sensibilità del 80 % appaiato ad un valore di specificità del 95 %; per contro lo stesso valore di odds ratio si ritrova per sensibilità del 95 % e specificità del 80 %.

In molte circostanze, è importante valutare l'accuratezza diagnostica in funzione della soglia utilizzata per definire un test positivo o negativo. La soglia diagnostica può variare in funzione dell'osservatore, del laboratorio, dell'apparecchio utilizzato, ed anche della prevalenza della condizione indagata. La valutazione dell'accuratezza di un test al variare della soglia diagnostica viene ben evidenziata da grafici che prendono il nome di Receiving Operator Characteristic (ROC) curve.

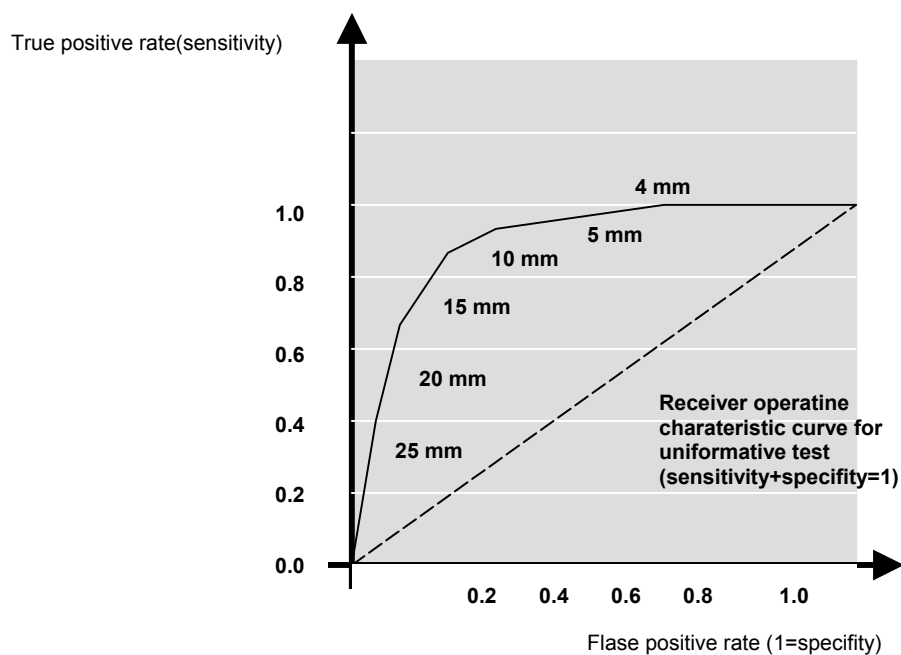
La curva seguente mostra ad esempio le variazioni dell'accuratezza dell'ecografia per via vaginale nella diagnosi di tumore endometriale in funzione della soglia diagnostica stabilita. Questa variava da 4 mm sino a 25 mm.



Tab.3: Alcuni esempi di odds ratio diagnostico e le corrispettive accoppiate di sensibilità e specificità, e di likelihood ratios positive e negative, modificata da Deeks.

SPECIFICITÀ	SENSIBILITÀ						
	0.5	0.6	0.7	0.8	0.9	0.95	0.99
0.5	1	2	2	4	9	19	99
0.6	2	2	4	6	14	29	149
0.7	2	4	5	9	21	44	231
0.8	4	6	9	16	36	76	396
0.9	9	14	21	36	81	171	891
0.95	19	29	44	76	171	361	1881
0.99	99	149	231	396	891	1881	9801
LIKELIHOOD RATIO NEGATIVO	POSITIVE LIKELIHOOD RATIO POSITIVO						
	1	2	5	10	20	50	100
1	1	2	5	10	20	50	100
0.5	2	4	10	20	40	100	200
0.2	5	10	25	50	100	250	500
0.1	10	20	50	100	200	500	1000
0.05	20	40	100	200	400	1000	2000
0.02	50	100	250	500	1000	2500	5000
0.01	100	200	500				

Fig. 2. Curva ROC che incrocia sensibilità e specificità dell'ecografia intravaginale per la diagnosi di cancro endometriale.



Come si può desumere dalla figura, per valori ≤ 5 mm, la sensibilità dell'ecografia si avvicina al 100 %, ma si accompagna ad una specificità bassa (40-50 %); in altre parole con tale soglia non vi sono (o quasi) falsi negativi, ma in circa la metà dei casi il test risulta falsamente positivo. Per contro se fisso la soglia diagnostica a 25 mm, la specificità risulta elevatissima (quasi non vi sono falsi positivi), in quanto ben poche patologie, se non quella neoplastica, sono in grado di determinare simili alterazioni dell'endometrio, ma a scapito della sensibilità, che in questo caso mi fa perdere circa l'80 % delle neoplasie, in quanto queste si presentano solo nel 20 % dei casi con dimensioni di 25 mm.

Pertanto, in presenza di eterogeneità dei dati, e quando vi sia un effetto soglia marcato, è opportuno utilizzare le curve ROC, anche se la rilevanza pratica di tale approccio, soprattutto per la non facile interpretazione da parte del clinico, non è immediata.

META-ANALISI E DIPENDENZE

Le meta-analisi abbondano in vari campi della medicina, e certamente non sono carenti nel campo della Medicina delle dipendenze. Se si esegue una *MEDLINE* su PubMed (www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez) utilizzando i termini (MeSH): Substance-related disorders, Drug addiction, Alcohol addiction, Opiate addiction, Cocaine addiction si ottengono – quando la ricerca venga limitata a soli studi di meta-analisi- rispettivamente 133, 134, 47, 15 e 3 voci bibliografiche, disponibili anche come riassunto.

Qui di seguito le voci ottenibili con i termini opiate addiction and cocaine addiction:

Opiate addiction (15 voci)

1. Prendergast ML, Urada D, Podus D. Meta-analysis of HIV risk-reduction interventions within drug abuse treatment programs. *J Consult Clin Psychol*. 2001 Jun;69(3):389-405.
2. West SL, O'Neal KK, Graham CW. A meta-analysis comparing the effectiveness of buprenorphine and methadone. *J Subst Abuse*. 2000;12(4):405-14.
3. Barnett PG, Rodgers JH, Bloch DA. A meta-analysis comparing buprenorphine to methadone for treatment of opiate dependence. *Addiction*. 2001 May;96(5):683-90.
4. Griffith JD, Rowan-Szal GA, Roark RR, Simpson DD. Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 2000 Feb 1;58(1-2):55-66.
5. Hulse GK, Milne E, English DR, Holman CD. Assessing the relationship between maternal opiate use and antepartum haemorrhage. *Addiction*. 1998 Oct;93(10):1553-8.
6. Hulse GK, Milne E, English DR, Holman CD. Assessing the relationship between maternal opiate use and neonatal mortality. *Addiction*. 1998 Jul;93(7):1033-42.
7. Marsch LA. The efficacy of methadone maintenance interventions in reducing illicit opiate use, HIV risk behavior and criminality: a meta-analysis. *Addiction*. 1998 Apr;93(4):515-32.
8. Brewer DD, Catalano RF, Haggerty K, Gainey RR, Fleming CB. A meta-analysis of predictors of continued drug use during and after treatment for opiate addiction. *Addiction*. 1998 Jan;93(1):73-92.
9. Hulse GK, Milne E, English DR, Holman CD. The relationship between maternal use of heroin and methadone and infant birth weight. *Addiction*. 1997 Nov;92(11):1571-9.
10. Glanz M, Klawansky S, McAulliffe W, Chalmers T. Methadone vs. L-alpha-acetylmethadol (LAAM) in the treatment of opiate addiction. A meta-analysis of the randomized, controlled trials. *Am J Addict*. 1997 Fall;6(4):339-49.
11. Hatsukami DK, Fischman MW. Crack cocaine and cocaine hydrochloride. Are the differences myth or reality? *JAMA*. 1996 Nov 20;276(19):1580-8.
12. Magura S, Kang SY. Validity of self-reported drug use in high risk populations: a meta-analytical review. *Subst Use Misuse*. 1996 Jul;31(9):1131-53.
13. Caplehorn JR, Dalton MS, Haldar F, Petrenas AM, Nisbet JG. Methadone maintenance and addicts' risk of fatal heroin overdose. *Subst Use Misuse*. 1996 Jan;31(2):177-96.
14. Lamas X, Farre M, Moreno V, Cami J. Effects of morphine in postaddict humans: a meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*. 1994 Oct;36(2):147-52.
15. Spotts JV, Shontz FC. Drug misuse and psychopathology: a meta-analysis of 16PF research. *Int J Addict*. 1991 Sep;26(9):923-44.



Cocaine addiction (3 voci)

Held JR, Riggs ML, Dorman C. The effect of prenatal cocaine exposure on neurobehavioral outcome: a meta-analysis. *Neurotoxicol Teratol.* 1999 Nov-Dec;21(6):619-25.

Gorelick DA, Montoya ID, Johnson EO. Sociodemographic representation in published studies of cocaine abuse pharmacotherapy. *Drug Alcohol Depend.* 1998 Jan 1;49(2):89-93.

Levin FR, Lehman AF. Meta-analysis of desipramine as an adjunct in the treatment of cocaine addiction. *J Clin Psychopharmacol.* 1991 Dec;11(6):374-8.

Ulteriori informazioni sono disponibili nel sito *Cochrane italia* (www.areas.it). Il primo gruppo Cochrane con base editoriale in Italia è stato proprio il gruppo "Drugs & Alcohol", coordinato da Marina Davoli e Marica Ferri. Il gruppo editoriale Droghe ed Alcool, come tutti i gruppi Cochrane, ha un registro specializzato di trial. Nel registro sono sistematicamente inclusi tutti gli studi randomizzati controllati (RCT) e gli studi clinici controllati (CCT) relativi ad interventi (preventivi, di trattamento e riabilitativi) tesi a ridurre i danni anche potenziali legati all'uso delle sostanze stupefacenti. Attualmente il registro contiene 1976 riferimenti bibliografici di trial (1178 RCT e 798 CCT), di cui circa 700 copie di articoli sono disponibili. Gli altri articoli sono in via di reperimento. Inoltre il registro contiene altri 836 articoli che riguardano altri tipi di articoli su droghe ed alcool. Una sintesi dei risultati delle revisioni in italiano può essere richiesta al coordinatore del gruppo (Marica Ferri, e-mail: dacochrane@asplazio.it).

Tra le revisioni sistematiche (R) ed i protocolli (P) sulla prevenzione ed i trattamenti per l'uso di oppiacei sono segnalati:

- Agonisti alfa2 adrenergici per la gestione dell'astinenza da oppiacei (R)
- Buprenorfina per la gestione dell'astinenza da oppiacei (R)
- Disintossicazione rapida da oppiacei sotto anestesia (R)
- Naltrexone a mantenimento per la dipendenza da oppiacei (R)
- Antagonisti degli oppiacei e agonisti adrenergici per la gestione dell'astinenza da oppiacei (R)
- Buprenorfina a mantenimento comparata con metadone a mantenimento o placebo, per la dipendenza da oppiacei (P)
- Metadone a mantenimento comparato con altri trattamenti (P)
- LAAM a mantenimento comparato con metadone per la dipendenza da oppiacei (P)
- Metadone a mantenimento a differenti dosaggi per la dipendenza da oppiacei (P)
- Metadone a scalare per la dipendenza da oppiacei (P)
- Stimolazione neuroelettrica per la gestione dell'astinenza da oppiacei (P)

Tra le Revisioni e protocolli sulla prevenzione ed i trattamenti per l'uso di Psicostimolanti/Alcool:

- Carbamazepina per la dipendenza da cocaina (R)
- Antagonisti degli oppiacei per la dipendenza da alcool (R)
- Uso di antidepressivi per la dipendenza da cocaina (P)
- Agonisti della dopamina per la dipendenza da cocaina (P)
- Interventi psicosociali per l'abuso di alcool (P)
- Interventi psicosociali per la dipendenza da sostanze psicostimolanti (P)
- Prevenzione primaria per l'abuso di alcool nei giovani (P)
- Trattamento dell'abuso e dipendenza di amfetamine (P)
- Trattamento delle psicosi correlate all'uso di amfetamine (P)
- Trattamento dell'astinenza da amfetamine (P)

Gli abstract originali delle revisioni e l'elenco dei titoli dei protocolli si possono inoltre trovare al seguente indirizzo: <http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/mainindex.htm>; mentre per i titoli si può contattare <http://www.cochrane.no/titles>.

Sul sito Cochrane è possibile consultare l'elenco di tutti i titoli registrati, dei protocolli e delle revisioni pubblicate dai Gruppi Cochrane. È inoltre possibile iscriversi ad una e-mail list, in modo da ricevere un aggiornamento ad ogni nuova registrazione.

CONCLUSIONI

La medicina basata sull'evidenza utilizza strumenti quali gli studi clinici randomizzati, le linee guida e, sempre di più, le revisioni sistematiche e le meta-analisi. Queste ultime rappresentano la sintesi qualitativa e quantitativa dell'evidenza disponibile. I benefici offerti dalla meta-analisi consistono nella possibilità di aumentare il potere statistico di piccoli studi inconclusivi, permettendo di trarre conclusioni più generalizzabili ed in grado di fornire risposte a quesiti non risolti; altre volte le meta-analisi possono indicare come l'eterogeneità degli studi interferisca sull'efficacia di un intervento medico in circostanze diverse e su differenti pazienti.

Le revisioni sistematiche costituiscono inoltre uno strumento importante per evidenziare gli errori sistematici (o bias) presenti negli studi primari, e pertanto fornire spunti per nuove ricerche in base alle necessità reali.

Certamente la meta-analisi non rappresenta la panacea: non può sicuramente migliorare la qualità degli studi originali. Deve inoltre essere applicata in maniera appropriata, a condizioni di rilevanza clinica, e con la metodologia più corretta: così come la qualità degli studi primari su cui si basa, anche la qualità della meta-analisi può essere scadente.

La meta-analisi è stata impiegata in vari campi della medicina per valutare efficacia e sicurezza di interventi terapeutici, nonché l'affidabilità di test diagnostici. I dati originati dalla meta-analisi si prestano inoltre a valutazioni farmaco-economiche del tipo costo-efficienza e costo-beneficio. È facilmente ipotizzabile che le meta-analisi continueranno ad avere un ruolo importante nel processo decisionale medico. Tutte le potenzialità e le realtà della meta-analisi appaiono chiaramente anche dall'analisi della letteratura sulla medicina delle dipendenze.

BIBLIOGRAFIA

- 1). Davidoff F. In the teeth of the evidence. The curious case of evidence based medicine. Mount Sinai J Med. 1999, 66: 75-83.
- 2). Chalmers I, Altman DG. Systematic reviews. London: BMJ Publishing Group 1995.
- 3). Cook DJ, Mulrow CD, Haynes RB. Systematic Reviews: synthesis of best evidence for clinical decisions. Ann Intern Med 1997; 126: 364-71.
- 4). Bero LA, Jadad AR. How consumers and policymakers can Use systematic reviews for decision making. Ann Intern Med 1997; 127: 37-42.
- 5). Badgett RG, O'Keefe M, Henderson MC. Using Systematic Reviews in Clinical Education. Ann Intern Med 1997; 126: 886-91.
- 6). Cartabellotta A per il Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze – GIMBE. Verso un'assistenza sanitaria basata sulle evidenze scientifiche: strumenti, competenze, ostacoli. Rec Pr Med 1997; 88: 342-7.
- 7). Medical Research Council. Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis. BMJ. 1948, ii: 769-82.
- 8) Cochrane A. Effectiveness and efficiency. Random reflections on health service. London: Nuffield Provincial Hospital Trust 1972.
- 9). Chalmers I, Dickersin K, Chalmers TC. Getting to grips with Archie Cochrane agenda. BMJ 1992; 305: 786-7.
- 10). Bero L, Denne D. The Cochrane Collaboration. JAMA 1995; 274: 1935-1938.
- 11). L'Abbe' KA, Detsky AS, O'Rourke KO. Meta-analysis in Clinical Research. Ann Intern Med. 1987, 107: 224-33.
- 12). Rosenthal R. The „file drawer problem” and tolerance for null results. Psychol Bull. 1979, 86: 638-41.
- 13). Klein S, Simes J, Blackburn GL. Total parenteral nutrition and cancer clinical trial. Cancer, 1986, 58: 1378-86.
- 14). Thompson SG. Why sources of heterogeneity in meta-analysis should be investigated? BMJ 1994; 309: 1351-5.



- 15). Oosterhuis WP, Niessen RWL, Bossuyt PMM. The science of systematic reviewing studies of diagnostic test. Clin Chem Lab Med. 2000, 38: 577-88.
- 16). Antiplatelet Trialist Collaboration. Collaborative overview of randomized trials of antiplatelet therapy prevention of death, myocardial infarction, and stroke by prolonged antiplatelet therapy in various categories of patients. BMJ. 1994, 308: 81-106.
- 17). Irwig L, Tosteson ANA, Gatsonis C, et al. Guidelines for meta-analyses evaluating diagnostic test. Ann Intern Med 1994; 120: 666-76.
- 18). Deeks JJ. Systematic reviews of evaluations of diagnostic test and screening test. BMJ. 2001, 323: 157-162.
- 19). Conti AA, Galanti C, Gensini GF. La medicina basata sull'evidenza è davvero una moda?. Un commento metodologico del centro italiano per la Medicina basata sulle prove. It Hearh J. 2000. Suppl. 1: 1192-5



L'UTILIZZO DI LINEE GUIDA NELLA PRATICA CLINICA

Mario Cruciani

Sezione Screening HIV - Centro di Medicina Preventiva - Azienda ULSS 20 Verona

NELL'ERA DELLA MEDICINA BASATA SULL'EVIDENZA

Negli ultimi decenni si è progressivamente assistito ad un cambiamento dei criteri utilizzati nel processo decisionale in campo medico. In un passato, più o meno remoto, il processo decisionale medico si svolgeva in un ambiente sociale e culturale ampiamente dominato dall'opinione di esperti. Il pensiero medico, l'insegnamento e la pratica clinica derivavano in massima parte da conoscenze trasmesse da esperti, in un contesto definito da alcuni di "medicina autoritaria". Il livello di evidenza clinica si limitava in genere alla descrizione del caso, o di una serie di casi, sulla base di informazioni retrospettive o osservazionali. Pur riconoscendo che le osservazioni valide sono basilari in tutti i campi scientifici, è anche vero che le stesse sono sostanzialmente volte a generare ipotesi, piuttosto che a confermarle. Il primo studio clinico randomizzato, sull'efficacia della streptomina nella terapia della tubercolosi, risale al 1948; da allora la qualità dell'evidenza, sempre di più basata su osservazioni raccolte in maniera sistematica e quantitativa, è andata gradualmente migliorando, in un contesto questa volta definibile di "medicina autorevole", come per l'appunto quella basata sull'evidenza. Davidoff riporta un esempio specifico che può aiutare a capire tali concetti (vedi tabella 1).

Nell'esempio fornito, i rischi sono ampiamente inferiori ai potenziali benefici, e mi trovo pertanto nelle condizioni di poter prendere una decisione terapeutica sulla base dell'evidenza clinica consistente sia qualitativamente che quantitativamente. In effetti, tra le finalità della medicina basata sull'evidenza rientrano la valutazione della qualità dell'evidenza disponibile, e l'esplicitazione di quanto il processo decisionale sia basato su dati piuttosto che su opinioni. Ciò non significa che la medicina basata sull'evidenza miri a negare trattamenti per condizioni per le quali vi sia mancanza di evidenza; al contrario sottolinea l'importanza di rilevare la mancanza di evidenza, indicando allo stesso tempo nuove linee di ricerca.

LE LINEE GUIDA NELLA PRATICA CLINICA

È difficile stabilire chi abbia prodotto le prime linee-guida. Secondo alcuni Mosè con le tavole dei 10 comandamenti (Esodo 20: 1-17), secondo altri il Re di Babilonia Hammurabi, con il famoso codice del 2500 AC (16). Di fatto, in campo sanitario si assiste ad un'esplosione di interesse per le linee-guida, al punto che qualcuno ha coniato l'espressione "industria delle linee-guida".

Una definizione ampiamente accettata di linee guida è quella dell'Institute of Medicine (USA), secondo la quale le linee-guida sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici e pazienti nel decidere quali siano le modalità assistenziali più appropriate in determinate situazioni cliniche. Le linee guida tendono principalmente a migliorare la qualità, l'appropriatezza ed il costo-efficacia degli interventi sanitari, nonché a fornire strumenti educativi.

Le linee guida dovrebbero essere efficaci, attendibili, riproducibili, applicabili dal punto di vista clinico e flessibili; dovrebbero inoltre essere scritte in maniera comprensibile ed accessibile ad operatori sanitari di vario tipo, ed essere revisionate ed aggiornate periodicamente.

È importante sottolineare che le linee guida non possono sostituire il giudizio clinico, dal momento che non riescono ad essere talmente specifiche da poter essere applicate a qualsivoglia situazione clinica: la discrezione clinica rimane pertanto di fondamentale importanza nell'applicare le linee-guida.

Le linee-guida, così come i processi che le alimentano, hanno subito un progressiva evoluzione, di pari passo con l'estendersi dei concetti legati alla medicina basata sull'evidenza. È importante che il metodo con il quale si raccoglie l'evidenza scientifica sia chiaramente specificato. In effetti, il più delle volte l'operatore sanitario si trova nella necessità di prendere decisioni in situazioni per le quali vi è una limitata quantità di informazione o, per contro, una sovrabbondanza di informazioni, spesso contraddittorie. Storicamente le linee-guida venivano prodotte mediante consensi informali: un pannello di esperti, a conoscenza della letteratura, sviluppa raccomandazioni basate sulla documentazione che si ritiene adeguata, al di fuori di qualsiasi regola formale di evidenza ed in assenza di descrizione dei metodi utilizzati. Tali raccomandazioni venivano in genere preparate in 1-2 giorni. Negli anni 70' questa prima generazione di linee guida, autoritaria ma non autorevole, ha cominciato ad essere soppiantata da una seconda generazione, volta a stabilire perlomeno procedure formali per raggiungere il consenso. Ancora una volta però tali metodi si basavano largamente sull'opinione di esperti, con scarsa documentazione dei metodi utilizzati e di conseguenza ampio adito a critiche relative ad errori, scarso rigore metodologico e conflitti di interesse. A partire dagli anni 80', cominciano a prendere piede concetti attinenti alla medicina basata sull'evidenza, che vengono estesi anche allo sviluppo di linee guida. In effetti, le decisioni basate sull'evidenza non necessariamente concordano con quelle degli esperti: quest'ultime sono infatti suscettibili di idiosincrasia, e talora possono essere francamente errate.

LINEE GUIDA BASATE SULL'EVIDENZA

Le linee-guida basate sull'evidenza vengono prodotte attraverso varie fasi, in un processo che richiede in genere 1-2 anni (tab. 2). Nella prima fase si seleziona il panel di esperti (in genere da 6 a 10) ed un leader, sufficientemente rappresentativi da poter analizzare l'argomento in questione nei dettagli. In una seconda parte vengono definiti in maniera più precisa gli scopi delle linee-guida, il tipo di intervento, e relativamente a quali pazienti ed a quali esiti (outcome), è indirizzata la verifica. Si dovrà inoltre specificare il processo che verrà utilizzato.

In una fase successiva si svolge una revisione sistematica della letteratura rilevante disponibile, specificando la strategia di ricerca utilizzata per l'identificazione degli studi. Questa fase è la stessa che sta alla base della meta-analisi.

La validità della letteratura relativa ad efficacia e convenienza di un intervento non è



regolarmente di alto livello, per cui l'esperienza e l'opinione degli esperti è spesso richiesta come sostituto dell'evidenza scientifica. È importante che in tali occasioni venga chiaramente espresso che le raccomandazioni si basano, in assenza o carenza di evidenza di altro tipo, sull'opinione. Come accennato, le procedure per determinare l'opinione degli esperti possono variare da un'informale tavola rotonda a più strutturate e formali metodiche quantitative.

Tab. 1 : Esempio di decisione clinica basata sull'evidenza disponibile

PRESENTAZIONE CLINICA ED IPOTESI
Una donna di 77 anni vi si presenta, per la prima volta, in quanto ha iniziato ad accusare disturbi legati ad uno stato di insufficienza cardiaca di grado lieve, ed in presenza di fibrillazione atriale. Anamnesticamente vi è solo una storia di lieve ipertensione, ben controllata; l'ecocardiogramma mostra lieve insufficienza ventricolare sinistra. La terapia con digitale e diuretici risolve la situazione, ma non la fibrillazione. Questo rappresenta il problema clinico da risolvere. La fibrillazione rende infatti la paziente a rischio per ictus embolici, ed in tal caso una terapia anticoagulante con warfarin sarebbe appropriata. Per contro tale terapia, soprattutto per periodi prolungati, non è scevra di rischi emorragici, che vanno attentamente pesati.
DECISIONI
Quale decisione devo pertanto prendere, e come arrivarci. Ecco alcune possibilità: i) ascolto i consigli di un collega fidato; ii) applico gli standard terapeutici in uso localmente; iii) mi rivolgo a un farmacologo; iv) seguo quello che ho letto nell'ultima brochure sul farmaco; v) mi fido delle mie precedenti esperienze con pazienti simili; vi) ascolto le preferenze della paziente; vii) chiamo telefonicamente un illustrissimo collega (Eugene Braunwald nell'esempio di Davidoff), viii) metto in atto la medicina basata sull'evidenza.
SE SCELGO L'ULTIMA, DEVO PROCEDERE COME SEGUE
1. Formulare il problema in maniera corretta. Gli interrogativi sono due: a) qual è il rischio di embolizzazione in una paziente di 77 anni con fibrillazione atriale in assenza di terapia? b) come posso quantificare la riduzione del rischio ischemico indotta dal warfarin e bilanciarla con gli effetti indesiderati gravi (emorragici) indotti dallo stesso farmaco? 2. Ricerchare le informazioni desiderate. Mi collego ad internet, ed eseguo una MEDLINE utilizzando le parole chiave appropriate. Della moltitudine di articoli estratti ne scelgo 7 (2 sulla prognosi, 4 sulla terapia, ed una meta-analisi). Il tutto mi costa 15 minuti di tempo e il prezzo di una telefonata. 3. Valutazione critica dell'evidenza. La letteratura in mio possesso mi fornisce i seguenti dati: a) il rischio embolico, per l'età ed in assenza di terapia, è del 18 % l'anno (= CER, control event rate); b) la terapia anticoagulante riduce il rischio di circa il 70 % (= RRR, riduzione relative del rischio); c) la riduzione assoluta del rischio (AAR) è pertanto del 13 %, dal 18 % al 5 % (= EER, experimental event rate). d) la percentuale di complicanze emorragiche maggiori in pazienti in warfarin è dell'1 % /anno. A questo punto posso anche calcolare il numero di pazienti che devono essere trattati per prevenire un evento (NNT), un indicatore utile in campo clinico in quanto offre al medico la possibilità di ragionare in termini di efficacia (o inefficacia) e di utilità (3). A tal scopo applico la formula: $NNT = 1/ARR$, dove $AAR = CER - EER$; Pertanto, nel caso del rischio embolico, $NNT = 1/13\% = 7,7$; in altri termini, per ogni 7,7 pazienti trattati con warfarin per un anno avrò prevenuto un episodio di ictus. Applicando le stesse formule per gli eventi emorragici, trovo un NNT di 100 (cioè 1 evento indesiderato grave ogni 100 pazienti/anno).
CONCLUSIONE
DECIDO DI UTILIZZARE LA TERAPIA CON WARFARIN

Tab. 2: Le varie fasi nello sviluppo di linee-guida

PASSAGGI	DESCRIZIONE	TEMPO RICHIESTO
1	Selezione del panel di esperti	2-4 settimane
2	Organizzazione interna del gruppo	1-2 mesi
3	Definizione precisa degli scopi, del target, dei destinatari	Concomitante a punto 2
4	Definizioni delle metodiche per la ricerca dell'evidenza (ad es. MEDLINE, consensus, ecc.)	Concomitante a punto 2
5	Revisione sistemica della letteratura	2-3 mesi
6	Quantificazione della forza e qualità dell'evidenza	Concomitante a punto 5
7	Revisione esterna delle raccomandazioni	Dopo 9-10 mesi dall'inizio
8	Modifiche sulla base della revisione esterna	1-2 mesi
9	Revisioni ed aggiornamenti periodici	Ogni 2 anni

Tab. 3: Scala per la determinazione della forza e della qualità delle raccomandazioni

CATEGORIA, GRADO	DEFINIZIONE
FORZA DELLA RACCOMANDAZIONE	
A	Buona evidenza a supporto della raccomandazione di utilizzare l'intervento nella pratica clinica
B	Moderata evidenza a supporto della raccomandazione di utilizzare l'intervento nella pratica clinica
C	Scarsa evidenza a supporto della raccomandazione
D	Moderata evidenza a sfavore della raccomandazione di utilizzare l'intervento nella pratica clinica
E	Buona evidenza a sfavore della raccomandazione di utilizzare l'intervento nella pratica clinica
QUALITÀ DELL'EVIDENZA	
I	Evidenza da ≥ 1 studio clinico adeguatamente randomizzato
II	Evidenza da ≥ 1 studio clinico non randomizzato ma con disegno adeguato; da studi analitici di coorte o caso-controllo (preferibilmente multicentrici); risultati straordinari da studi non controllati
III	Evidenza basata sull'opinione di autorevoli esperti, basate sull'esperienza clinica, studi descrittivi, o report di comitati di esperti

A questo punto il panel di esperti potrebbe già redigere delle raccomandazioni o, meglio



ancora, definire una più approfondita linea di condotta, considerando altri aspetti quali il costo-efficacia, la disponibilità di tecnologie, l'accettabilità degli interventi da parte dei pazienti e della società, senza escludere osservazioni di tipo etico e legale.

È importante che le raccomandazioni contengano chiare indicazioni sulla forza e la qualità dell'evidenza che le supporta (o contrasta). La tabella 3 riporta un sistema in scala, ampiamente applicato per la valutazione delle raccomandazioni.

Le linee guida sono a questo punto pronte per essere revisionate esternamente da "peer reviewers", e su questa base modificate ed inviate per la pubblicazione.

LINEE GUIDA BASATE SULL'OPINIONE

Come accennato, in molte circostanze manca l'evidenza di elevata qualità (ad esempio studi clinici randomizzati) a supporto di una raccomandazioni. In tal caso i membri del panel devono ricorrere all'opinione. I limiti di tale approccio sono facilmente comprensibili e ben conosciuti: l'opinione degli esperti, per quanto illuminata, non è esente da errori metodologici di valutazione, preconcetti e conflitti di interesse. Esistono comunque metodi che permettono di incorporare le opinioni degli esperti nelle linee guida, attraverso la ricerca del consenso. Il consenso può derivare semplicemente dalla discussione collettiva delle opzioni, con l'accordo finale che viene fornito sulla base della percezione che il leader del gruppo ha della situazione. Per contro, sono state messe a punto tecniche del tipo "Delphi metodo" e successive modifiche (approccio Rand), finalizzate ad ottenere, per uno specifico problema, un giudizio da un gruppo di esperti che, nel corso di ripetuti momenti di valutazione, esprimano la propria opinione (19, 20). I membri del gruppo quantificano l'adeguatezza della procedura secondo una scala da 1 a 9, dove 9 indica l'assoluta correttezza, ed 1 l'estrema inappropriatezza.

Un classico, ed anche isolato, esempio di come tale tecnica possa permettere di incorporare l'opinione degli esperti con l'evidenza scientifica e' fornito dallo studio dell'American Society of Hematology sul trattamento della porpora trombocitopenica idiopatica -ITP (21). Riconosciuta la carenza di letteratura a proposito, il panel ITP affinò le metodiche per quantificare il livello di consenso tra esperti. Si distribuirono questionari simulanti numerosi (~ 2000) e differenti scenari clinici, nei quali si richiedeva di quantificare in una scala da 1 a 9 l'appropriatezza e la necessità dell'impiego di test diagnostici e terapie. L'indipendenza della valutazione era assicurata dal fatto che la votazione si svolgeva in condizioni di isolamento dei singoli membri. Il panel definì come appropriato o necessario un intervento che avesse ottenuto un punteggio medio da 7 a 9, inappropriato o non necessario un punteggio da 1 a 3 (tab. 4).

Per punteggi da 3.01 a 6.99 non venivano espresse raccomandazioni. Si valutò inoltre il livello di consenso per le raccomandazioni espresse dal panel (deviazioni dalla media) secondo una scala di 5 punti, dalla A (completa unanimità) alla E (forte disaccordo) (tabella 4). Secondo tali scale, un punteggio 1,5-A significa pertanto "completo accordo sulla non necessità o inadeguatezza" dell'intervento in esame, mentre un 7,5-D significa "a favore dell'intervento, ma con ampie variazioni nelle opinioni individuali".

Le raccomandazioni fornite dal panel ITP non risultarono particolarmente ampie, dal momento che molti degli interventi analizzati confluivano nel punteggio da 3.01 a 6.99, insufficiente per esprimere consenso. In genere molte delle conclusioni erano a sfavore dei test diagnostici (punteggio da 1 a 3). La valutazione della variabilità nel punteggio assegnato fornì altrettante importanti informazioni sulla natura del consenso. Ad esempio, la semplice presa visione di un punteggio medio da 3.01 a 6.99 non permetteva di per sé di evincere se il panel era concorde sulla non necessità o adeguatezza dell'intervento (la maggior parte dei votanti esprimeva un punteggio in tale range), o se tale punteggio fosse il risultato di un voto bimodale, con parte del panel favorevole (punteggio da 7 a 9) e parte sfavorevole (da 1 a 3), ma con un risultato in termini di media molto simile al precedente.

Una tale definizione e quantificazione sulla natura del consenso ottenuto per la stesura di linee guida è comunque rara se non eccezionale. Un'altra importante serie di informazioni che

scaturì dal panel ITP (e da altri studi) era relativa alla variazione delle conclusioni ottenibili in base alla composizione uni- o multi-disciplinare del panel stesso. Nel caso ITP il panel era costituito equamente da ematologi che lavoravano come liberi professionisti o come ricercatori universitari. La mancanza di consenso ed i differenti patterns di voto erano appunto dovuta all'eterogeneità dei partecipanti. Se il gruppo fosse stato composto da soli ricercatori, o da soli libero professionisti, le conclusioni sarebbero state definitive, anche se con i due gruppi in contrasto tra loro; sarebbero però state, allo stesso tempo, meno generalizzabili ed estrapolabili alla pratica clinica.

Tab. 4: Scala per la valutazione del livello di consenso tra esperti del panel ITP (porpora trombocitopenica idiopatica).

PUNTEGGIO	DEFINIZIONE
APPROPRIATEZZA O NECESSITÀ	
1.0 – 3.0	Non appropriato, non necessario (in base al quesito iniziale)
3.01 – 6.99	Dubbia l'appropriatezza o la necessità
7.0 – 9.0	Appropriato o necessario
CODICI DI CONSENSO	
A	Completa o quasi unanimità (varianza del panel > 2 deviazioni standard sotto la varianza media)
B	Forte unanimità (varianza del panel 1- 2 deviazioni standard sotto la varianza media)
C	Modesta unanimità (varianza del panel < 1 deviazione standard sotto la varianza media)
D	Modesto disaccordo (varianza del panel < 1 deviazione standard sopra la varianza media)
E	Forte disaccordo (varianza del panel > 1 deviazione standard sopra la varianza media)

LA VALUTAZIONE DELLA QUALITÀ DELL'EVIDENZA IN BASE ALLA METODOLOGIA DEGLI STUDI CLINICI

Le sperimentazioni cliniche, purché condotte appropriatamente, forniscono uno strumento insostituibile per valutare efficacia e sicurezza di nuovi interventi (terapeutici, profilattici, diagnostici, etc.), in genere allo scopo di migliorare la qualità degli interventi sanitari e di controllarne i costi.

I principi che regolano le sperimentazioni cliniche sono evoluti nel corso degli anni, ed alcuni di questi, riguardanti più le procedure d'esecuzione e documentazione della sperimentazione che la metodologia della stessa, sono attualmente regolati da uno standard di base che va sotto il nome di Good Clinical Practice (GCP). Le norme per la buona prassi clinica sono riportate nella dichiarazione di Helsinki del World Medical Association (settembre 1989), dalla Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europea (direttiva CEE luglio 1991) e dalla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana (aprile 1992).

Ogni studio clinico ben disegnato richiede la stesura di un protocollo, che deve contenere adeguate informazioni sulla natura dello studio stesso. Qui di seguito sono schematizzati alcuni dei punti che dovrebbero essere presi in considerazione in ogni sperimentazione clinica.



Background, scopi generali ed obiettivi specifici

Il protocollo dovrebbe contenere una descrizione del background motivazionale dello studio, ed un'adeguata definizione non solo dell'obiettivo generale dello studio, ma anche della domanda specifica alla quale ci si prefigge di rispondere, di eventuali domande secondarie o sottogruppi di ipotesi da testare.

Criteri di selezione e di valutazione dei pazienti

Dal momento che i pazienti che entrano nello studio dovrebbero essere rappresentativi di qualche futura classe di pazienti che possa beneficiare dei dati originati dallo studio stesso, è essenziale che siano ben documentati i criteri di selezione, includendo quelli specifici, la fonte di reclutamento (ad esempio se pazienti ospedalizzati o meno) e le condizioni patologiche oggetto di studio.

È inoltre essenziale fornire un'adeguata descrizione sulle modalità di trattamento. Nel caso si sperimentino farmaci si dovrà specificare formulazioni, vie di somministrazione, dosi e ritmi, durata della terapia, effetti collaterali, modificazioni di dosaggio e sospensioni, aderenza del paziente al trattamento, trattamenti ancillari.

La metodica per la valutazione dei pazienti deve essere accurata ed oggettiva, e deve comprendere una valutazione iniziale (baseline), la definizione dei principali criteri di risposta al trattamento (ad esempio tempo di sopravvivenza, parziale o completa guarigione, durata della risposta, etc.), la definizione dei criteri sussidiari (ad es. effetti collaterali) ed altri oggetti del monitoraggio. Idealmente le misure dovrebbero essere precise e riproducibili, e non dipendenti dall'osservatore. Ciò non è però possibile per parametri non valutabili quantitativamente; in tali casi si può ricorrere a metodi specifici di valutazione (ad es. "rating scale"), all'esperienza di qualcuno degli sperimentatori o a "consensus" tra gli sperimentatori. Se è poi richiesta l'opinione del paziente, con le eventuali interferenze dello sperimentatore che la richiede, aumentano le possibilità di bias. Molte di queste problematiche sono però ovviate dalla cecità dello studio.

Disegno dello studio

Il disegno dello studio merita poi una più dettagliata descrizione. Si distinguono studi non controllati e controllati (vedi tabella 5).

Tab. 5: Principali tipi di sperimentazione clinica (da Bollettino d'informazione sui farmaci, Ministero della Sanità, modificato)

MODELLO DI SPERIMENTAZIONE	NOTE
1. Non controllata	Il trattamento sperimentale viene assegnato a tutti i pazienti eleggibili consecutivamente osservati. Non c'è confronto diretto con altri gruppi di pazienti, e gli effetti del trattamento sperimentale sono valutati in base al confronto con il decorso della malattia trattata con terapie standard, che si ritiene ben noto.
2. Controllata, non randomizzata: - controlli paralleli - controlli storici - controlli da banche dati	Il trattamento sperimentale viene assegnato a tutti o ad una parte dei pazienti eleggibili consecutivamente osservati. C'è un gruppo di pazienti trattati in altro modo, arruolati con procedure diverse, che servono come controlli. Rimane incerta la comparabilità fra pazienti che ricevono in trattamento sperimentale ed i controlli.

3. Controllata e randomizzata	L'assegnazione dei trattamenti, sperimentale e di controllo, è fatta mediante un sistema di sorteggio (randomizzazione) che favorisce la comparabilità fra i gruppi.
4. Meta-analisi	È una sintesi quantitativa, che permette di assemblare sperimentazioni multiple di uno stesso trattamento (in genere randomizzate).

I primi sono in grado di generare una visione distorta di un intervento. Possono comunque essere utili, come nel caso di alcuni tipi di sperimentazione di fase II. Tra gli studi controllati occorre distinguere quelli randomizzati da quelli con controlli d'altro tipo. Negli studi non randomizzati rimane incerta la comparabilità fra pazienti che ricevono differenti trattamenti. Gli studi con controlli storici presentano limiti sostanziali, legati soprattutto alla bilanciatura del confronto. Le principali incompatibilità derivano dalla selezione dei pazienti e dall'ambiente sperimentale. In genere i criteri di scelta nel gruppo storico sono meno specificati che nel gruppo osservazionale, e la qualità dei dati storici è inferiore. Nel tempo, inoltre, possono variare il tipo di paziente ed il criterio di risposta. Sono in ogni modo preferibili controlli storici nella stessa organizzazione che dai dati della letteratura.

Tra gli studi prospettici controllati occorre distinguere quelli non randomizzati con controlli concomitanti da quelli randomizzati. Nel caso degli studi non randomizzati la scelta di un trattamento non è affidata al caso, ma si utilizzano metodi predeterminati sistematici o criteri di valutazione eseguiti dallo sperimentatore e/o paziente. In tal modo, soprattutto nel secondo caso (in genere non accettato), si generano bias selettivi, che spesso a loro volta generano ulteriori bias. Si ricorderà che per bias si intende la deviazione dei risultati o delle inferenze dalla verità; si tratta in generale di errori sistematici, e non stocastici, che possono generarsi a vari livelli della sperimentazione (ad es. bias di selezione, di rilevazione, di valutazione, etc.) Nel caso dei metodi predeterminati, si utilizzano ad esempio date di nascita o di presentazione (giorni pari/dispari - trattamento nuovo/vecchio); l'investigatore conosce facilmente il farmaco che andrà somministrato, e questo per influenzare la sua decisione. Facilmente si osservano sbilanciature nelle dimensioni dei gruppi, ad indicare preferenze. Ad esempio, in uno studio che confrontava eparina versus con trattamento nell'infarto del miocardio, i pazienti ricoverati nei giorni pari ricevevano eparina, mentre quelli ricoverati nei giorni dispari non ricevevano niente. Alla fine dello studio in 68% dei pazienti era stato ricoverato in giorni pari, ed aveva perciò ricevuto eparina, mentre solo il 32% non aveva ricevuto trattamento.

Si è inoltre evidenziato che in circa il 60% delle sperimentazioni non randomizzate la distribuzione dei fattori prognostici è sbilanciata, e che nella maggior parte dei casi il trattamento sperimentale è assegnato a pazienti con prognosi migliore. È pertanto evidente che il rischio di risultati falsi positivi è elevato. Ad esempio si è visto che i dati pubblicati di sperimentazioni non controllate in campo psichiatrico fornivano risultati positivi nel 85% dei casi, mentre negli studi controllati tale percentuale scendeva al 25%. Al di là di questi limiti, le sperimentazioni non randomizzate e con controlli d'altro tipo possono avere un ruolo in alcune situazioni, quali: la malattia è talmente rara da non consentire un trial controllato; la malattia presenta decorso prevedibile ed esito invariabilmente fatale; l'efficacia terapeutica del nuovo trattamento è drammaticamente evidente; non esistono trattamenti alternativi impiegabili per confronto.



Registrazione e randomizzazione dei pazienti

Il controllo randomizzato è ritenuto l'unico strumento valido. L'uso appropriato della randomizzazione aiuta a ridurre il rischio di differenze nell'ambiente sperimentale e a produrre gruppi comparabili. Garantisce inoltre che non vi sono bias nella selezione dei pazienti nei gruppi, anche se altri tipi di bias possono originarsi in altre fasi della sperimentazione. I metodi di randomizzazione sono vari e più o meno complessi, e possono andare dalla monetina a metodiche più formali e meglio definite (tavole di randomizzazione). Esistono poi randomizzazioni stratificate, a blocchi permutati, non eguali (ad esempio randomizzazioni 2:1, 3:1), per le quali si rimanda ad apposite pubblicazioni.

Va ricordato che, prima della randomizzazione, è necessario verificare che il paziente sia eleggibile nello studio (vedi punto 3). È inoltre essenziale che lo sperimentatore sia d'accordo nell'accettare il trattamento random prima che il paziente entri nello studio. Legato a questo è il problema dell'eticità della randomizzazione. Ogni studio clinico dovrebbe nascere dal presupposto che vi è incertezza nel potenziale beneficio di un nuovo intervento. Nel caso un investigatore ritenga che -per qualsiasi motivo- il nuovo intervento sia più benefico o più pericoloso dovrebbe non partecipare allo studio. Per contro, se lo sperimentatore ha dubbi sulla superiorità di un trattamento verso l'altro, troverà etico partecipare ad uno studio randomizzato.

A questo punto, dopo l'ottenimento del consenso da parte del paziente, lo stesso può entrare formalmente nello studio. Lo sperimentatore potrà registrarlo e, solo a questo punto, venire a conoscenza del trattamento assegnato, con modalità differenti in base al tipo di studio e all'organizzazione dello stesso. La lista potrà ad esempio, negli studi monocentrici, essere in possesso di una singola persona, coinvolta unicamente nelle fasi di registrazione e randomizzazione; o la lista di randomizzazione verrà trasferita mediante busta chiusa che contiene il tipo di trattamento da somministrare al paziente registrato; od ancora vi è una registrazione centralizzata, negli studi multicentrici, e il trattamento viene comunicato per via telefonica. Negli studi randomizzati in doppio-cieco è in genere il farmacista che prepara i farmaci e fornisce le confezioni da somministrare, assolutamente non distinguibili l'una dall'altra.

È necessario a questo punto introdurre i concetti di cecità e placebo. Alcune delle distorsioni nel confronto tra due trattamenti possono originare dal fatto che lo sperimentatore e/o il paziente sono a conoscenza del farmaco che somministra e/o riceve. Il paziente può essere favorevolmente impressionato dal fatto che riceve un nuovo trattamento rispetto ad un trattamento standard o ad un non trattamento, e reagire con maggior aderenza allo studio con eventuali vantaggi psicologici. Il contrario può capitare nei gruppi di controllo. A loro volta anche il team di sperimentatori può essere influenzato dalla conoscenza del tipo di trattamento. Ad esempio un certo entusiasmo dello sperimentatore può essere trasferito al paziente, o lo sperimentatore può seguire più strettamente ed attentamente i pazienti trattati con il nuovo farmaco rispetto a quelli che ricevono il farmaco standard. Gli stessi problemi interessano chi deve valutare comparativamente i differenti trattamenti (vedi anche punto 5). Questi problemi possono essere parzialmente risolti rendendo cieco lo studio, che deve chiaramente essere randomizzato. In uno studio in doppio cieco, sia il paziente sia il team di sperimentatori (compreso chi valuta) non è a conoscenza di quale trattamento sia in corso. Nel caso per la specifica condizione morbosa non esista un trattamento standard efficace, può essere appropriato lasciare il gruppo di controllo non trattato. Gli studi in doppio cieco, con o senza gruppo placebo, devono rispondere ad alcuni requisiti di eticità e praticabilità. Innanzitutto non vi deve essere alcun rischio addizionale per il paziente. In altre circostanze occorre valutare il reale peso del bias in assenza di cecità. Talora è sufficiente che solo il paziente non sia a conoscenza del tipo di trattamento che sta ricevendo (single-blind), soprattutto se è lui stesso a dover valutare gli effetti di una terapia. Anche in questo caso è essenziale che l'investigatore non eserciti alcuna influenza, più o meno diretta, sul paziente. Altre volte è sufficiente che la sola valutazione sia cieca.

Il rationale per l'impiego del placebo è sostanzialmente quello di valutare se, nel gruppo trattato, la risposta osservata è realmente legata alla molecola farmacologicamente attiva o al solo fatto di ricevere qualcosa. Tale aspetto è ben esemplificato nel trial del clofibrato riportato

dal comitato dei principali investigatori. In tale studio la mortalità a 5 anni per infarto del miocardio risultava simile nel gruppo clofibrato (18%) e placebo (19%). Nello studio era stata valutata anche la “compliance” dei pazienti al clofibrato: i pazienti che assumevano almeno l’80% delle prescrizioni presentavano una mortalità a 5 anni del 15%, mentre in quelli con compliance inferiore al 80% la mortalità saliva al 25% ($p < 0.0001$). Ad una prima osservazione si potrebbe pertanto, erroneamente, affermare che i pazienti che assumono regolarmente la terapia con clofibrato hanno una mortalità inferiore rispetto a quelli che ricevono placebo (19 vs 15%). In effetti nello studio era stata valutata anche la compliance al placebo, e si era visto che, allo stesso modo che per il gruppo clofibrato, la mortalità era significativamente inferiore ($p < 0.0001$) nei pazienti che assumevano regolarmente placebo rispetto a quelli che lo assumevano con minor regolarità (15 versus 27%). In ultima analisi, l’aderenza al trattamento, e non il tipo di trattamento, era significativamente correlato con riduzione della mortalità. Osservazioni di questo tipo sono state fatte in altri studi randomizzati con gruppo di controllo costituito da placebo.

Un discorso a parte merita l’analisi dei dati ricavati da molteplici studi clinici condotti sullo stesso argomento, i quali hanno fornito in genere risultati contrastanti. Questa metodica è stata particolarmente perfezionata negli ultimi anni, e viene generalmente definita come meta-analisi. Una delle principali difficoltà nell’esecuzione di studi clinici è data dal fatto, sopra accennato, che per evidenziare con affidabilità differenze reali tra trattamenti, è spesso richiesto un numero elevato di pazienti da randomizzare. Lo scopo principale della meta-analisi è di fornire un unico dato a partire dalle molte sperimentazioni condotte sull’argomento in questione. Per la metodologia ed il razionale delle indagini meta-analitiche si rimanda ad esaurienti rassegne.

Consenso informato

Le problematiche etiche relative alla sperimentazione clinica riguardano, in ultima analisi, la contrapposizione tra azioni dirette nell’interesse del singolo paziente e quelle dirette al progresso in campo medico. I requisiti etici essenziali della ricerca clinica sono elencati nella dichiarazione di Helsinki del 1960 e nei successivi adattamenti. Ad essa fanno riferimento le disposizioni nazionali e comunitarie. In tali documenti si fa specifico riferimento all’ottenimento del consenso (preferibilmente scritto) alla partecipazione allo studio da parte del paziente, previa adeguata informazione sulle caratteristiche della sperimentazione in oggetto.

La costituzione di comitati etici ad hoc, come da decreto ministeriale del 1992, dovrebbe facilitare il difficile aspetto dell’applicabilità delle linee guida etiche ai singoli studi, e del rapporto tra industria farmaceutica e sperimentatore.

Dimensioni del campione richieste dallo studio

Accanto a problemi pratici ed etici, esistono considerazioni scientifiche che devono essere necessariamente prese in considerazione nel disegno di un protocollo di studio clinico. Una di queste è la definizione delle dimensioni del campione richiesto allo scopo di soddisfare gli obiettivi scientifici che ci si prefigge, in modo da poter evidenziare differenze nei gruppi in oggetto considerate di interesse clinico (il cosiddetto calcolo della potenza dello studio).

Analisi dei dati e deviazioni dal protocollo

Generalmente le deviazioni dal protocollo si verificano per singoli pazienti in quanto il paziente stesso, od il suo trattamento e/o la valutazione non rientrano nei criteri prestabiliti nel protocollo. Nel caso i criteri di eleggibilità siano ben precisati e seguiti dagli investigatori, il rischio di osservare deviazioni dal protocollo, che comunque persistono in altre fasi dello studio, si ridimensiona di molto. Esiste però la possibilità che il criterio di ineleggibilità emerga più avanti nello studio, dopo la randomizzazione (ad es. a seguito del risultato di un esame



istologico). Alcuni problemi possono nascere dalla non-compliance del paziente e dalla valutazione incompleta. Nel caso si verifichino deviazioni dal protocollo, è importante evidenziarle, nel tentativo di trovare delle spiegazioni ed eventualmente di prevenire ulteriori deviazioni. Se ad esempio si verifichino ripetutamente violazioni maggiori del protocollo, la causa può essere nella natura stessa dello studio, mal amministrato e con scarsa cooperazione tra investigatori e/o pazienti. In alcuni casi è possibile modificare, sulla base di tali osservazioni, in senso migliorativo il disegno e l'esecuzione dello studio.

Nel caso della non-compliance, occorre distinguere tra reale scarsa collaborazione del paziente e le modificazioni od interruzioni della terapia causate da effetti collaterali o progressione della malattia, che devono necessariamente rientrare nella valutazione clinica.

L'uscita dallo studio può essere voluta dal paziente stesso o dallo sperimentatore; in quest'ultimo caso la sospensione del trattamento deve essere basata su adeguata documentazione clinica e nell'interesse del paziente (ad esempio per progressione della malattia, o per eccesso di tossicità), altrimenti sarà da ritenere una violazione del protocollo da parte dell'investigatore.

Uno dei punti di notevole interesse ed attualità nelle sperimentazioni cliniche è quello relativo a chi includere nella valutazione. Nell'approccio "Intention to treat" (approccio pragmatico) vengono inclusi nell'analisi tutti i pazienti eleggibili e randomizzati, indipendentemente dalla compliance al protocollo. Questa tendenza è da preferirsi in quanto fornisce una più completa valutazione del trattamento e della sua praticabilità. Nell'approccio "by treatment" o "explanatory" vengono invece inclusi nell'analisi unicamente i pazienti con completa aderenza al protocollo e alla terapia; in questo caso sono però possibili distorsioni nella valutazione comparativa dei trattamenti, in quanto si valuta l'efficacia assoluta, che può discordare da quella raggiungibile nella pratica. Un esempio è mostrato dal seguente studio, che confrontava la terapia medica e quella chirurgica nella stenosi carotidea bilaterale. L'analisi "by treatment", escludendo cioè i pazienti che decedevano o sviluppavano ictus durante il ricovero, ed includendo pertanto solo pazienti "ideali", mostrava una riduzione del rischio di progressione della patologia (TIA, ictus o decesso) nel gruppo trattato con terapia chirurgica pari al 20 % (54 versus 74 %); tale riduzione era ($p=0.02$) statisticamente significativo. Per contro, l'analisi "intention to treat", che includeva questa volta tutti i pazienti arruolati, mostrava una minor riduzione del rischio nel gruppo chirurgico, 62 versus 74 %, che non raggiungeva ($p=0.9$) la significatività statistica. Nell'analisi by treatment erano stati esclusi 16 pazienti (1 solo dei quali in terapia medica) che erano morti o andati incontro ad ictus quando essere ancora ospedalizzati; i 15 pazienti randomizzati nel gruppo terapia chirurgica avrebbero per contro potuto ricevere una terapia medica, con eventuali risultati positivi. L'esclusione di tali pazienti, nell'analisi "by treatment", tende pertanto a sopravvalutare l'efficacia della terapia chirurgica, mentre nell'analisi "intention to treat", più vicina all'attuabilità, terapia medica e chirurgica non differiscono sostanzialmente.

Analisi statistica

Quando sono disponibili i risultati della sperimentazione, ad esempio un confronto fra l'efficacia di due farmaci (e la sperimentazione è stata condotta in maniera metodologicamente corretta, in assenza di bias o errori sistematici), ci si deve porre la domanda se le eventuali differenze tra trattamenti sono reali (legate alla terapia in quanto tale) o dovute al caso. A tal scopo occorre ricorrere a tests statistici, quali i tests di significatività e i limiti di confidenza. Senza voler entrare nella complessità della materia, per la quale si rimanda a testi specializzati (Armitage, 1971; Fisher et al, 1974), si prenderanno qui di seguito in considerazione alcuni punti, con i quali il clinico dovrebbe avere una certa familiarità.

Va sottolineato innanzitutto che il criterio di significatività statistica non equivale ad importanza clinica, esprimendo unicamente una misura probabilistica della realtà o causalità delle differenze osservate; in altre parole i test di significatività danno l'idea della forza dell'evidenza della superiorità di un trattamento rispetto all'altro. I limiti di confidenza stimano

invece la grandezza delle differenze osservate, e pertanto la rilevanza clinica delle stesse; pur non determinando la significatività statistica, sono correlati con i test di significatività.

I limiti di confidenza specificano il range di valori della differenza reale tra i due trattamenti che avrebbero potuto produrre con relativa facilità la differenza osservata nello studio. Normalmente il criterio per stabilire l'intervallo fiduciale segue lo stesso ragionamento su cui si basa il test di significatività. Viene cioè stabilito il tasso di errore accettato, e si fissano i limiti dell'intervallo di confidenza, in maniera che la frequenza con cui esso non comprende il valore reale corrisponda appunto a questo tasso di errore. I limiti di confidenza più usati sono quelli al 95%, che corrispondono alla classica percentuale di errore del 5%. Quanto maggiore è il numero di pazienti in studio, tanto più è improbabile che la differenza osservata sia molto diversa da quella reale, e questo si rifletterà in un intervallo di confidenza più ristretto intorno al valore osservato.

GLI ALGORITMI CLINICI

Le linee-guida hanno la finalità pratica di trasferire le conoscenze disponibili in decisioni. Per far questo devono utilizzare un linguaggio chiaro, non ambiguo, e devono anche utilizzare modelli di presentazione logici e facili da seguire. Gli algoritmi clinici rappresentano un valido modello per rappresentare delle raccomandazioni. Rispetto ad un testo discorsivo, l'algoritmo presenta alcuni vantaggi, quali la possibilità di apprendimento più rapido, maggior ricordo, maggiore aderenza con gli standard pratici stabiliti.

La realizzazione di un algoritmo presuppone che vengano identificati dei sottogruppi di pazienti che possano beneficiare (o non beneficiare) di un intervento. L'efficacia degli algoritmi si fonda per l'appunto sulla possibilità di sottoclassificare i singoli casi clinici in categorie più omogenee.

La figura 1 evidenzia un esempio di algoritmo per il management dell'epatite da virus C in uso presso il nostro centro. Un cliente si presenta per lo screening, esegue il primo prelievo per la ricerca di anticorpi anti - HCV in ELISA. Vi sono 2 possibilità: il test è negativo, in una o più determinazioni (a distanza di 3 e 6 mesi dall'evento a rischio), per cui si chiude il monitoraggio.

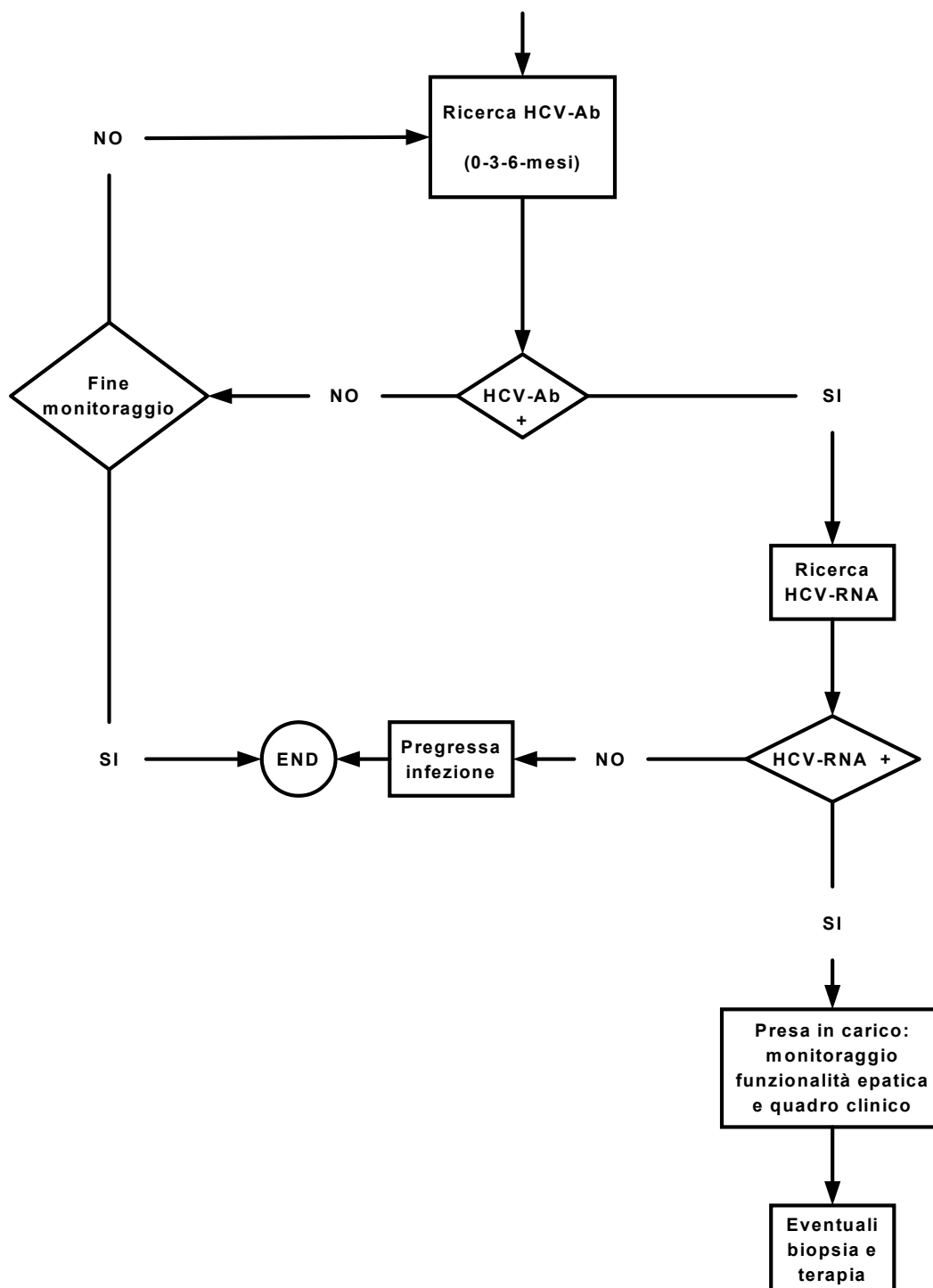
Se il test è positivo, occorre ampliare le indagini diagnostiche per differenziare se si tratta di una pregressa infezione risolta o cronicizzata. La presenza di anticorpi, non protettivi, non è infatti sufficiente allo scopo. Eseguo allora la ricerca del RNA virale. Se negativa, chiudo il processo, considerando che il soggetto ha avuto un'infezione da virus C che si è risolta. Se invece nel sangue è presente l'RNA del virus, devo andare avanti con le indagini. Prendo a questo punto in carico il paziente, eseguo un monitoraggio clinico e della funzionalità epatica più approfondito, e così via sino all'eventuale biopsia prima dell'inizio della terapia.

Rispetto al paragrafo di prosa qui sopra, riteniamo che l'approccio algoritmico alle linee guida apporti sostanziali vantaggi, permettendo ad esempio di cristallizzare le raccomandazioni in un formato più diretto rispetto alla prosa, ed una precisa definizione dei termini e dei dettagli clinici adeguati alle necessità, così come deducibile dalla letteratura.

Nonostante gli apparenti vantaggi, molti operatori sanitari mostrano riluttanza nell'applicare gli algoritmi clinici alla pratica quotidiana. Questo atteggiamento può trovare varie spiegazioni, ma forse la principale è che l'algoritmo impone un approccio rigido, e può essere vissuto come una limitazione alla libertà decisionale. Al contrario, l'algoritmo dovrebbe essere considerato come un'ossatura a supporto della riflessione.



Fig. 1: Flow-chart per il management dell'infezione da HCV



Implementazione e verifica

Il successo delle linee-guida è in relazione a vari fattori che includono il contesto clinico in cui utilizzarle ed i metodi utilizzati per svilupparle, diffonderle ed implementarle. Difficoltà nell'implementazione di linee-guida sono talora osservabili in varie specialità mediche. In una valutazione sistematica della letteratura relativa all'effetto delle linee-guida sulla pratica clinica, si è notato che nella maggior parte dei casi (in 55 di 59 studi analizzati) era possibile evidenziare un generale miglioramento nella pratica (25). Il grado di miglioramento era però ampio. I livelli maggiori di miglioramento si osservavano per gli studi nei quali sviluppo, diffusione e implementazione delle raccomandazioni erano attuate in maniera adeguata. Si è visto ad esempio che una strategia interna di sviluppo delle linee-guida piuttosto che una strategia esterna o nazionale, si accompagnava a maggiore efficacia. Pertanto, può essere utile che operatori sanitari in determinate occasioni modifichino delle linee guida esistenti sulla base di esigenze locali. Allo stesso modo, si è visto che gli interventi educativi specifici costituiscono la più efficace strategia per la diffusione delle raccomandazioni.

LE LINEE GUIDA NEL CAMPO DELLE DIPENDENZE

Una esaustiva rassegna delle linee guida disponibili per il problema delle tossicodipendenze è disponibile nel sito www.dronet.org. Il sito fornisce una raccolta di linee guida raggruppate per categorie: diagnosi, organizzazione e gestione, prevenzione primaria, prevenzione secondaria, trattamento, valutazione. Il sito continuamente aggiornato, fornisce dati descrittivi e collegamenti a documenti (oltre 100 all'agosto 2001) in formato pdf, con la possibilità di scaricarli. Tra i vari links, ricorderemo quelli con l'Organizzazione Mondiale della Sanità, la Presidenza del consiglio dei Ministri, il Ministero della Sanità, organizzazioni sanitarie ed accademiche di vari paesi europei ed extra-europei, e con la Comunità europea.

Le linee-guida rintracciabili nel sito riguardano problemi, tematiche generali sull'abuso di sostanze e sui disturbi mentali, e specifiche legate all'uso di alcool, benzodiazepine, cocaina, oppio ed altre sostanze illecite.

CONCLUSIONI

Le linee-guida hanno la finalità pratica di trasferire le conoscenze disponibili in decisioni. Questo non significa che necessariamente le linee guida possano indicare con certezza quello che occorre fare; in molte occasioni esse potranno solo informarci su quello che è disponibile, creando eventualmente indicazioni per future indagini. Per poter risultare utili, particolare attenzione deve essere posta alle fasi di sviluppo, diffusione ed implementazione delle linee-guida. Dal momento che l'evidenza scientifica su cui le linee-guida si basano non è costantemente elevata, è importante che vengano applicati e migliorati metodi formali per combinare le direttive derivate dall'opinione di esperti con l'evidenza disponibile.

Ciascun clinico dovrebbe essere in grado di valutare la qualità dell'evidenza, sia che si tratti di sperimentazioni cliniche, reviews sistematiche e meta-analisi, ed anche linee-guida pratiche. Le linee guida non possono sostituire il giudizio clinico, ma possono fornire una cornice che può facilitare il processo decisionale e migliorare la qualità dell'assistenza fornita. Né tali raccomandazioni possono essere indicate, per lo meno da sole, per risolvere questioni legali legate alla professione medica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Davidoff F. In the teeth of the evidence. Mount Sinai J Med. 1999, 66: 75-83.
- 2) Medical research council. Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis. BMJ. 1948, ii: 769-82.



- 3) Ministero della Sanità, Direzione generale della valutazione dei medicinali e della farmacovigilanza. Bollettino d'informazione sui farmaci. N. 2, 2001.
- 4) Woolf SH, Gorge JN. Evidence-based medicine. Interpreting studies and setting policy. *Hem Onc Clin North Am.* 2000, 14: 761-84.
- 5) Pocock SJ. Clinical trials. A practical approach. J. Wiley and Sons, Chichester, 1983.
- 6) Altman DG. Statistics and ethics in medical research: I. Misuse of statistics is unethical. *BMJ*, 281: 1182-4, 1980.
- 7) Altman DG. Statistics in medical journals. *Stat Med*, 1: 59-71, 1982
- 8) Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 139 del 15 giugno 1992, serie generale. Ministero della Sanità, decreto ministeriale 27 aprile 1992. Disposizioni sulla documentazione tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio di specialità medicinali per uso umano, anche in attuazione della direttiva n. 91/507/CEE.
- 9) Foulds GA. Clinical research in psychiatry. *J Ment Sci.* 1958, 104: 259-65.
- 10) Committee of principal Investigators. WHO cooperative trial on primary prevention of ischaemic heart disease using clofibrate to lower serum cholesterol: mortality follow-up. *Lancet*, ii: 379-85.
- 11) Fields WS et al. Joint study of extracranial arterial occlusion. *JAMA.* 1970. 211: 1993-2003.
- 12) Messori A, Rampazzo R, Scuffi C. La metanalisi. Area SIFO di formazione e ricerca. Area di metodologie informatiche in farmacocinetica, metanalisi e statistica. Società Italiana di farmacia Ospedaliera.
- 13) Armitage P. Statistical Methods in Medical Research. Blackwell, Oxford, 1971.
- 14) Fisher RA, Yates F. Statistical tables for biological, agricultural and medical research. 6th ed. Hafner Publishing Company, inc., New York, 1963.
- 15) Ministero della Sanità. Bollettino d'informazione sui farmaci. N. 1-6, 1999
- 16) Gross PA. Practice guidelines for infectious diseases: rationale for a work in progress. *Clin Infect Dis.* 1998, 26 : 1037-41.
- 17) Cook D, Giacomini M. The trials and tribulations of clinical practice guidelines (Editorial). *JAMA.* 1999, 281: 1950-1
- 18) Kish MA. Guide to development of practice guidelines. *Clin Infect Dis.* 2001, 32 : 851-4.
- 19) Park RE, Fink A, Brook RH et al. Physician ratings of appropriate indications for three procedures: theoretical indications vs indications used in practice. *Am J Pub Health.* 1989, 79: 445.
- 20) Grilli R, Penna A, Liberati A. Migliorare la pratica clinica. Come produrre ed implementare linee-guida. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma. 1995.
- 21) American Society of Hematology ITP Practice Guidelines panel. Diagnosis and treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura: recommendations from the American Society of Hematology. *Ann Intern Med.* 1997. 126: 319-26.
- 22) Hadorn DC, McCormick K, Diokno A. An annotated algorithm approach to clinical guideline development. *JAMA.* 1992, 267: 3311-4.
- 23) Sox HC, Sox CH, Tompkins RK. The training of physician's assistants: the use of a clinical algorithm system for patient care audit of performance and education. *N Engl J Med.* 1973. 288: 818-24.
- 24) Donabedian A. The criterion and standards of quality. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press, 1982.
- 25) Grimshaw JM, Russell IT. Effect of clinical guidelines on medical practice. A systematic review of rigorous evaluations. *Lancet.* 1993, 342: 1317-22.



PIATTAFORMA mFp: PER LA GESTIONE CLINICA DELLE UNITÀ OPERATIVE DEL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Corrado Bettero ²⁾, Daniele Gibbin ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. CIDITECH - Public Health Information Technology

INTRODUZIONE

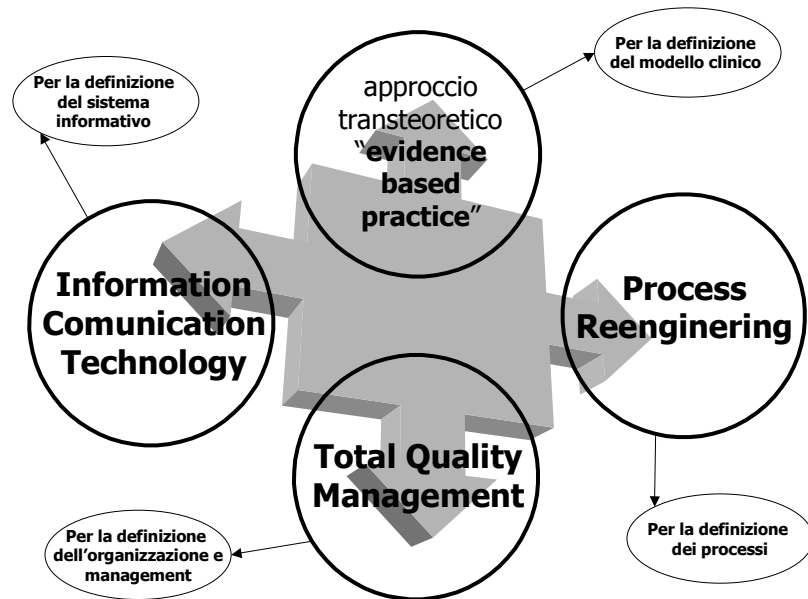
L'informatizzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze non può essere finalizzata esclusivamente alla raccolta dei dati per fini epidemiologici ma deve tenere conto soprattutto delle necessità di management operativo e clinico che gli operatori quotidianamente hanno.

mFp è stata progettata e strutturata in modo da essere un "assistente" alla quotidiana operatività e dare risposta ai numerosi problemi pratici a cui l'operatore si trova di fronte durante il suo lavoro.

Contemporaneamente mFp provvede a sistematizzare e creare un database relazionale che permetterà qualsiasi tipo di estrazione di dati, di analisi statistica ed epidemiologica garantendo molto di più la qualità del dato di base. La motivazione dell'operatore infatti all'aggiornamento del dato non è quella di soddisfare un debito informativo esterno con la Regione o il Ministero, ma quella di mantenere/ utilizzare un sistema che lo aiuta fortemente nel suo lavoro.

Per creare questa piattaforma informatica si sono utilizzate varie discipline, in quanto l'informatizzazione dei Dipartimenti doveva andare di pari passo con un'analisi organizzativa, con una reingegnerizzazione dei processi che tenesse conto primariamente delle peculiari problematiche cliniche, con un approccio scientificamente orientato e con una forte spinta alla qualità. Risulta evidente che se avessimo concentrato la nostra attenzione solo sui problemi tecnico-informatici, avremmo creato un ennesimo sistema, magari altamente efficiente, ma in grado di aumentare la rigidità delle procedure ancora una volta finalizzate alla sola raccolta dati e non a sostenere il management operativo e clinico.

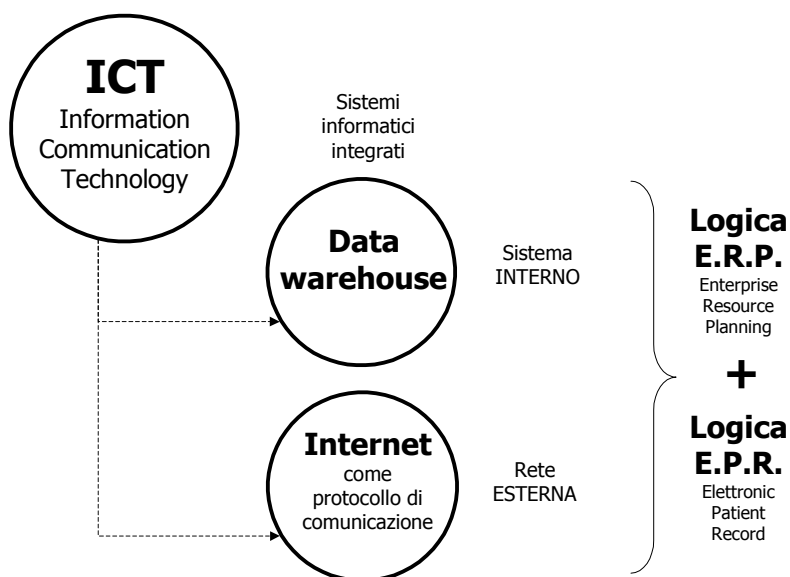
Fig. 1: Approcci utilizzati per la costruzione del sistema mFp



Gli approcci utilizzati nella definizione dell'infrastruttura informatica sono ben rappresentati nella diapositiva successiva. Una unità operativa dotata di mFp possiede un data warehouse interno (formato dal server e le varie postazioni client collegate) ed un collegamento ad Internet sicuro che le permette di essere in comunicazione con le altre strutture dello stesso sistema.

Questo collegamento è *virtuale*, nel senso che si forma di volta in volta attraverso una rete pubblica (Internet), e *on-demand*, cioè attivabile solo quando lo si decide

Fig. 2: I.C.T.: Approcci informatici utilizzati





Si sottolinea l'importanza del fatto che mFp è stata predisposta per poter collegarsi in rete e ricevere/trasmettere qualsiasi tipo di dati via Internet, per poter agevolare quindi le comunicazioni con altre organizzazioni socio-sanitarie, sempre mantenendo un'altissimo grado di sicurezza.

ARCHITETTURA DI SISTEMA

Il sistema mFp prevede tre livelli di funzionamento:

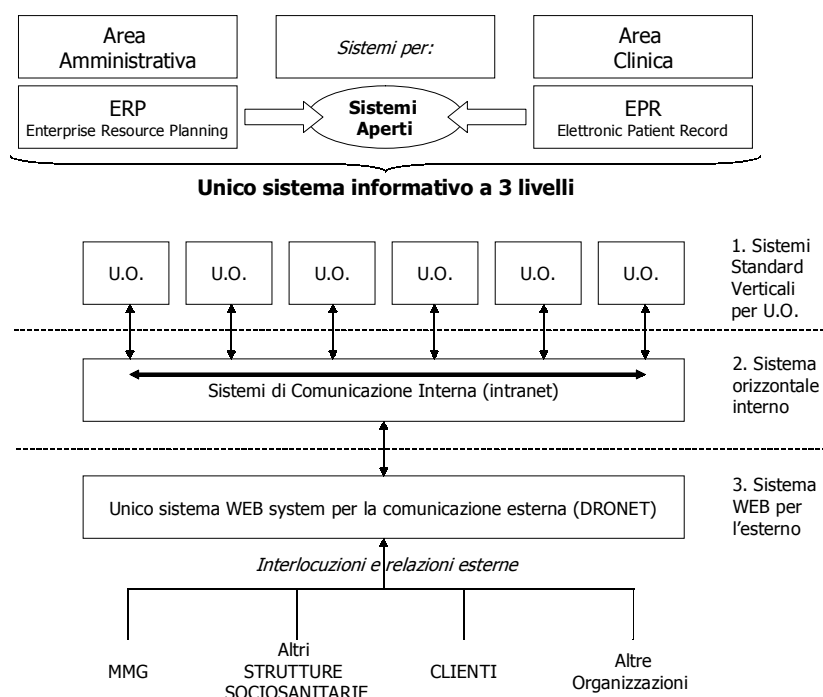
Il primo livello è rappresentato dalla singola unità operativa e rappresenta il livello verticale all'interno del quale si espleta l'operatività quotidiana di ciascun Ser.T. o Comunità Terapeutica che utilizza la piattaforma durante le proprie attività.

Il secondo livello è un livello trasversale di comunicazione tra le singole unità operative e che rappresenta la rete di comunicazione interna non ancora aperta alla comunicazione esterna.

Il terzo livello rappresenta l'interfaccia di comunicazione verso l'esterno mediante un sistema web che permette la comunicazione delle unità operative del Dipartimento tra loro, di queste con unità operative esterne, e con qualsiasi interlocutore accreditato che l'unità operativa stessa voglia far entrare nella propria rete (medici di medicina generale, ospedali, specialisti, Prefetture, etc).

La strutturazione della piattaforma ha quindi considerato vincolante e prioritario il fatto che essa possa in qualche maniera poter essere utilizzata per la trasmissione di dati aggregati od individuali del singolo paziente via Internet utilizzando il sistema Dronet.

Fig. 3: Architettura generale del sistema



CARATTERISTICHE GENERALI DELLA PIATTAFORMA

La piattaforma software mFp è un insieme di strumenti informatici appositamente studiati per gestire i processi di lavoro all'interno dei servizi dei Dipartimenti delle Dipendenze (Ser.T e Comunità Terapeutiche).

L'ideazione e la programmazione del sistema sono state condotte a stretto contatto con gli operatori delle strutture, mediante un'attenta osservazione dei processi quotidiani di tutte le varie figure professionali, dall'operatore di sala al dirigente, cercando di dare risposte precise ed affidabili alle varie problematiche che si presentavano di volta in volta.

Sono state utilizzate tecniche di N.G.T. (Nominal Group Technique) in incontri di équipe e di benchmarking per convalidare le varie fasi della realizzazione, che si è poi conclusa con la creazione di un prodotto vicino alle esigenze ed estremamente adattabile alle realtà locali.

La piattaforma software mFp è un sistema *modulare, aperto, configurabile*.

È *modulare* poiché la sua struttura è formata da tanti moduli cooperanti fra loro, di cui alcuni necessari al funzionamento di base ed altri opzionali, utilizzabili per arricchire la qualità delle elaborazioni e del controllo generale sui processi.

È *aperto* poiché le strutture dati che stanno alla base del sistema sono pubbliche, basate su standard SQL e compatibili con i più diffusi strumenti di analisi e statistica.

È *configurabile*, poiché espone le tabelle di sistema dando la possibilità di arricchirle o modificarle in base alle esigenze della singola struttura.

Si è posta poi particolare attenzione alle "uscite" dell'applicativo: sono infatti contenuti un gran numero di report, grafici di riepilogo e funzioni di esportazione dei dati che permettono di valutare attentamente le varie fasi del lavoro e di esportare dati verso l'esterno per ulteriori elaborazioni.

La struttura del sistema è basata su di un server centrale, che adotta il sistema Microsoft Windows 2000 Server, e su uno o più client in rete locale. Questa struttura permette una gestione sicura dei dati ed un'ottimizzazione generale del lavoro, dando la possibilità di dotare ogni figura professionale di una postazione mFp da cui organizzare il lavoro quotidiano.

La piattaforma software mFp può essere utilizzata con due modalità principali:

1. Attraverso una "gestione per processi" che prevede che l'unità operativa abbia chiare e formalizzate le proprie modalità di funzionamento e sulle quali mFp fornisce supporti mediante applicativi specifici nell'espletare le attività quotidiane sia di gestione che cliniche.
2. Attraverso un utilizzo come "cartella clinica". Questa metodologia è di più facile utilizzo per tutti quei servizi che non hanno ancora reingegnerizzato i propri processi e impostato il proprio lavoro sulle logiche del Quality Management.

In ambedue i casi i dati vengono comunque raccolti in un unico database relazionale che fornisce una ricca reportistica sia individuale su singolo paziente che per dati aggregati.

Nella modalità "Gestione per processi" la piattaforma software mFp si divide in quattro aree logiche principali, più altre quattro di servizio e documentazione.

Le quattro aree principali sono:

- Anagrafica e Movimento Clienti.
- Gestione Clinica.
- Gestione Operativa.
- Controllo di Gestione e Reports.

Le altre quattro funzioni di utilità sono:

- Gestione Sistema.
- Glossario e Linee Guida.



- Logic Main Power.
- Presentazione del Sistema.

Fig. 4: Il menù principale nella modalità “Gestione per processi”



Nella modalità di gestione “Cartella clinica” la piattaforma mFp può essere utilizzata attraverso la selezione di varie sezioni che ricordano appunto quelle della tradizionale cartella clinica. Questa logica è stata introdotta per agevolare l’operatore nell’utilizzo della piattaforma ma riteniamo che possa essere agevolmente superata nel momento in cui l’unità operativa mette in atto una riorganizzazione ed un orientamento verso il Quality Management.

Anagrafica e Movimento Clienti

In questa area della piattaforma mFp troviamo tutti gli strumenti per gestire l’inserimento anagrafico, le ammissioni e le dimissioni, più delle funzioni aggiuntive di inserimento dati (il Diario Clinico) e di reportistica (il Report Movimento Clienti e l’Epicrisi Cliente).

L’ammissione di un nuovo cliente è gestita dallo strumento “Ammissione”, le consultazioni/modifiche da “Consultazione” e le dimissioni da “Dimissione”.

Nell’area di dimissione è contenuto uno strumento che riporta l’elenco dei clienti/pazienti che non ricevono prestazioni da più di trenta giorni (o come da configurazione in Gestione Sistema).

Il Diario Clinico è uno strumento che ci permette di inserire delle note libere sul cliente, organizzato per data e diviso in aree corrispondenti alle varie figure professionali. Contiene dei collegamenti all’Epicrisi e al report prestazioni, per avere una visione più agevole degli ultimi dati riguardanti il cliente selezionato.

L’Epicrisi Cliente (T.D.) è un riepilogo, alla data odierna, dei ultimi dati di un determinato cliente/paziente, come ad esempio: le prestazioni, i risultati dei questionari eventualmente somministrati, i dettagli principali di trattamenti terapeutici o di monitoraggio.

Fig. 5: Il menù principale nella modalità “Cartella clinica”



La successiva presentazione sarà eseguita utilizzando la modalità “Gestione per processi”.

Fig. 6: Anagrafica e movimento clienti





Il Report Movimento Clienti, infine, è un riepilogo numerico e grafico dei movimenti in un periodo richiesto. È stratificabile secondo l'unità funzionale, la regione, l'ASL o il singolo operatore.

Gestione Clinica

In quest'area della piattaforma sono contenuti tutti gli strumenti di Gestione Clinica operanti su un cliente/paziente. Sono funzioni ed applicativi specifici rivolti alle varie figure professionali, organizzati per gestire le varie fasi della presa in carico dei clienti/pazienti, dall'*intake* alla valutazione finale dell'*outcome*.

Nella riga superiore troviamo, partendo da sinistra, la gestione dell'intake, che contiene l'analisi della domanda espressa e quella dei bisogni percepiti/rilevati.

Poi troviamo uno strumento, la Lista Diagnosi, che gestisce l'inserimento e la modifica di diagnosi associate ad un cliente, con la possibilità di visualizzare grafici dello svolgimento delle diagnosi nel tempo.

Proseguiamo poi con altre valutazioni, come le abilità preventive e la percezione del rischio HIV.

Nella riga centrale abbiamo una serie di questionari multi-assiali, somministrabili più volte nel tempo e riguardanti gli aspetti tossicologici, medici, sociali e psicologici del cliente/paziente.

Il CBE, il SSAS, il MAC/E sono i principali, e contengono tutti vari indicatori grafici che evidenziano dinamicamente le variazioni nel tempo e il confronto con le medie di popolazione

Nella riga inferiore troviamo la gestione degli esami di laboratorio (prenotazione e registrazione) mediante lo strumento "Scheda di laboratorio", poi la gestione delle terapie farmacologiche (metadone, altri farmaci) con un sistema avanzato di prescrizione e somministrazione, approfondito nell'apposito capitolo.

Fig. 7: Gestione Clinica



Gestione Operativa

Nella Gestione Operativa troviamo gli strumenti per la gestione la registrazione delle prestazioni erogate, completi di funzioni di reportistica ed esportazione dati; la gestione delle prenotazioni contenente un'agenda elettronica per memorizzare gli appuntamenti, la gestione completa dei clienti/pazienti residenti nelle Comunità Terapeutiche, oltre ad un'applicazione per la gestione delle riunioni di équipe (archivio storico, ricerca casi discussi, report presenze/assenze).

Attualmente in fase di realizzazione, saranno presto resi disponibili i moduli per gestire le segnalazioni della Prefettura (art. 75, 121) e i clienti/pazienti in carcere.

Nell'area del menù "INDIRIZZI" troviamo due indirizzari, uno dei Ser.T. italiani e uno delle Comunità Terapeutiche del Veneto. Questi indirizzari sono modificabili ed aggiornabili per eventuali esigenze future.

Fig. 8: Gestione Operativa



Controllo di Gestione e Reports

L'area di controllo di gestione contiene strumenti ed utility appositamente studiati per consentire una migliore gestione degli aspetti "manageriali" del lavoro nella struttura, oltre ad offrire una serie completa di reports e di funzioni per l'importazione ed esportazione dei dati.

Troviamo, nell'area "Ore lavorate e tempi medi", vari moduli per inserire dati sulle ore lavorate ed attese per operatore, i tempi medi di erogazione delle prestazioni (regionali e locali), le percentuali di ore supporto su quelle lavorate.

Di seguito, nell'area "Performance Prestazionale", abbiamo la possibilità di analizzare la quantità di prestazioni erogate da un singolo operatore, mettendola a confronto con la media del suo gruppo professionale, e con gli indici prestazionali medi della regione.



Nell'area "Import/export dati" troviamo dei programmi di utilità che ci permettono di importare ed esportare dati in vari formati standard, ad esempio si potranno importare delle anagrafiche inviate da altri Ser.T. o dalle aziende sanitarie locali.

Il "Calcolo della Dotazione Organica" è una funzione avanzata, non inclusa nel modulo di base, che permetterà di valutare la dotazione organica in base ai carichi di lavoro prestazionali effettivamente rilevati nell'anno di riferimento.

All'interno dell'area "Reports Standard" sono contenuti vari reports riguardanti tutte le aree della piattaforma mFp, come ad esempio l'elenco dei clienti nuovi entrati, i non più visti, ecc.

Infine nell'ultima riga sono presenti funzioni per la generazione dei report Ministeriali (SEM01, SEM02, ecc) in modalità automatica e manuale, e uno strumento per il controllo dell'aderenza ai processi terapeutici interni (P.A.C.) anche questo contenuto nella versione avanzata della piattaforma mFp.

Fig. 9: Controllo di Gestione e Reports



Funzioni aggiuntive

Nella seconda riga del menù principale troviamo la Gestione Sistema, il Glossario, la Presentazione del Sistema, il Logic Main Power.

La "Gestione Sistema" contiene le tabelle, le codifiche e le impostazioni di base per configurare e personalizzare il funzionamento della piattaforma mFp in molti suoi aspetti.

Quest'area è utilizzabile solo dal responsabile addetto specificamente alla gestione del sistema.

Proseguendo troviamo poi un Glossario/Gregario contenente i termini utilizzati nelle varie applicazioni del sistema, e un gregario di strada con i sinonimi più utilizzati dal mondo delle tossicodipendenze. Questo strumento è personalizzabile ed ampliabile a piacere.

Infine, il “Logic Main Power” illustra i concetti logici che stanno alla base del sistema mFp, mentre la “Presentazione del Sistema” contiene una versione elettronica del presente manuale.

In questo primo capitolo abbiamo descritto velocemente le varie aree e funzioni della piattaforma mFp; nei capitoli seguenti si descriverà, nello specifico, il funzionamento operativo di tutti gli strumenti area per area.

Sebbene il software sia di utilizzo intuitivo, è consigliato prendere visione dei capitoli che seguono prima di utilizzare le relative applicazioni software.

Si ricorda che in ogni momento questa guida è richiamabile nella sua forma completa dall'icona “Presentazione del Sistema”, mentre tramite il bottone “?” presente in ogni schermata riporterà direttamente l'argomento richiesto.

ANAGRAFICA E MOVIMENTO CLIENTI

Quest'area della piattaforma mFp contiene gli strumenti per gestire l'inserimento, la consultazione/modifica e la dimissione dei clienti/pazienti nell'archivio dei dati. Le tre icone inferiori si riferiscono invece alla gestione del diario clinico, all'epicrisi T.D. e al report dei movimenti dei clienti.

Iniziamo con la descrizione dell'ammissione di un nuovo cliente/paziente: come indicato chiaramente dall'icona in alto a sx, si procederà a selezionarla con un clic del mouse.

Una volta entrati, verrà ricordato l'obbligo di ottenere una liberatoria sul trattamento dei dati personali del nuovo entrato, e sarà data la possibilità di registrarsi in anonimato, con la generazione di un nome e cognome casuali di tre lettere ciascuno.

Ottenuta la liberatoria sul trattamento dei dati personali da parte del nuovo entrato, si procederà con la pressione di uno dei tre bottoni nella parte inferiore della schermata: verde=accetta senza anonimato, blu=accetta con anonimato, rosso=non accetta (in questo caso il programma non continuerà nell'inserimento, e non sarà possibile trattare il cliente/paziente).

Nel caso che il cliente/paziente accetti, comparirà la prima pagina dell'anagrafica. La compilazione di quest'area è facilitata da numerosi accorgimenti, quali le date a selezione normale o a calendario, i numeri di ASL e distretto selezionabili con un clic del mouse, come anche le regioni, ed i comuni ricercabili all'interno dell'elenco ufficiale ISTAT dei comuni d'Italia.

Questa schermata non è da compilare obbligatoriamente in tutte le sue parti, ma richiede alcuni campi obbligatori per il corretto funzionamento del sistema di ammissione/dimissione e delle prestazioni.



Fig. 10: Schermata di entrata al programma



Fig. 11: Schermata di entrata per una nuova ammissione



Fig. 12: Prima pagina anagrafica

Anagrafica - Consultazione

Data primo contatto: 30/12/1999 Ammissione: 01/03/2001 Aggiornamento: 22/01/2002

Case Manager *: Bricolo F. Operatore *: Generico -

Cognome *: [REDACTED] Nome *: [REDACTED]

Stato civile: SEPARATO/A Professione: STUDENTE

Data di nascita *: 01/08/2000 Scolarità: Medie superiori

Identità sessuale dichiarata: [REDACTED] Sesso di nascita *: M

1) U.F. di entrata *: VALUTAZ. E RIC. 2) Assegna progressivo: [Icona persona] [Icona X]

NOME U.F.	N°	DATA
VALUTAZ. E RIC.	12	10/04/2001
REINS. SOC. E	1	21/02/2002

Progressivo generale: 520

COMUNE: Nascita: [X] ABANO TERME Residenza *: [X] ABANO TERME Domicilio: [X] ABANO TERME

PROVINCIA: PD PD NN STATO: ITA ITA ITA

VIA E NUMERO: [] TELEFONO: 00000000

Numero ASL *: 8 Distretto: 17 Regione ASL *: PIEMONTE Codice sanitario: STP443

Codice fiscale: AAABCA00M01A001C Codice reg. HIV: AAAA010800M Codice esenzione: PPPPPPPP

Unità funzionale di assistenza attuale: 1) * VALUTAZ. E RI 2) 3)

☒ IN CARICO ☐ DIMESSO ☐ interno ☐ esterno Data dimissione prevista: 02/02/1999 Motivo *: [] Storico movimenti cliente

Data dimissione reale *: [] Luogo: []

* campi obbligatori

AVANTI [Icona] GESTIONE MOVIMENTI [Icona] ELIMINA [Icona] STAMPA [Icona] SALVA [Icona] USCITA [Icona]

Tab. 1: Descrizione dei campi

NOME CAMPO	DESCRIZIONE
Case manager	Questo campo permette di scegliere fra l'elenco degli operatori per assegnare la figura professionale che segue o seguirà il caso che stiamo inserendo in archivio; questo campo potrà essere modificato in futuro quindi se non si conosce si può specificare "Generico".
Operatore	Questo campo permette di indicare, fra l'elenco degli operatori, il nome di colui che sta compilando la scheda anagrafica. A questo operatore verrà automaticamente assegnata una prestazione "18.1" per la compilazione della scheda.
Cognome	Cognome del cliente/paziente; autocompilato in caso di registrazione in anonimato.
Nome	Nome del cliente/paziente; autocompilato in caso di registrazione in anonimato.
U.F. di entrata	* Vedi spiegazione pagina successiva (Sistema di ammissione/dimissione).
Data di nascita	Data di nascita del nuovo entrato.
Sesso	Sesso del cliente/paziente.
Residenza	Comune di residenza del cliente/paziente, necessario per il corretto funzionamento del sistema di gestione delle prestazioni.
Numero ASL	ASL di residenza del cliente/paziente.
Regione ASL	Regione di appartenenza dell'ASL indicata.
Unità funz. di ass. 1	* Vedi spiegazione pagina successiva (Sistema di ammissione/dimissione).
Data dimissione reale	* Vedi spiegazione pagina successiva (Sistema di ammissione/dimissione).
Motivo	* Vedi spiegazione pagina successiva (Sistema di ammissione/dimissione).



Nella pagina seguente è riportata l'immagine della prima pagina dell'anagrafica.

I campi obbligatori sono contrassegnati da un asterisco vicino alla descrizione; seguirà ora una loro descrizione approfondita.

Con la compilazione dei campi riportati in tabella la compilazione può ritenersi sufficiente, e quindi si possono confermare i dati con il pulsante "SALVA". Attenzione: se non viene premuto questo pulsante, i dati non verranno registrati in archivio.

Segue una descrizione del sistema di ammissione/dimissione/riammissione.

Il Sistema di Gestione delle Ammissioni/Dimissioni

Integrato nell'Anagrafica, esiste un sofisticato sistema di gestione dinamica e intelligente delle ammissioni e dimissioni dei clienti/pazienti, e di loro eventuali riammissioni successive.

Con la semplice compilazione iniziale dell'anagrafica per un nuovo entrato, si attiva anche il sistema che gestisce il carico dei clienti/pazienti.

I campi elencati nella pagina precedente la cui descrizione riporta un'asterisco, sono quelli necessari al funzionamento di questo sistema. Vediamoli nello specifico:

1. *U.F. di entrata e numeri progressivi*: per ogni nuovo cliente inserito, è richiesto di specificare un'*unità funzionale* di entrata e di attribuire un numero per questa unità. Per fare questo occorre selezionarne una nell'apposita casellina in alto a dx, e poi premere il bottone con l'immagine dell'omino stilizzato. Si ricorda che l'elenco di queste U.F. è completamente configurabile da ogni singola struttura, mediante le funzioni contenute in *Gestione Sistema*. A questo punto il sistema attribuirà il primo numero libero all'interno dell'unità funzionale da noi specificata e lo visualizzerà nella piccola griglia, sempre in alto a dx. Se poi abbiamo bisogno di modificarlo possiamo farlo in qualsiasi momento con un doppio-clic sul numero: il sistema ce ne richiederà uno nuovo e l'operazione avrà successo se quello da noi richiesto è libero. Con il bottone con l'immagine della X rossa invece abbiamo la possibilità di rimuovere un numero di U.F. erroneamente assegnato, in qualsiasi momento. Con l'attribuzione di questo numero di U.F., si identifica il cliente/paziente come facente parte di un gruppo omogeneo, ad esempio "Alcolisti" o "Tossicodipendenti". È poi possibile attribuire altri numeri di U.F., sempre con lo stesso principio, per caratterizzare meglio il tipo di cliente/paziente; ad esempio potremmo avere assegnati un numero come "Tossicodipendente" e successivamente un numero come "Segnalati art. 75/121". Ogni struttura sarà libera quindi di scegliere il metodo a lei più congeniale.
2. *Unità funzionali di assistenza 1,2,3*: questi campi, di cui il primo è di compilazione obbligatoria, sono generalmente uguali alla/alle unità funzionali di entrata per cui è stato assegnato un numero, ma possono essere usati anche solo per distinguere meglio la tipologia del cliente/paziente che stiamo inserendo. L'U.F. di assistenza 1 indica l'attuale stato del cliente: quindi se abbiamo attribuito un numero come "Alcolista", sceglieremo qui "Alcolista" per indicare che questo paziente è trattato come alcolista. Se poi all'interno della ns. struttura vogliamo caratterizzare ulteriormente gli alcolisti in sottogruppi, ad esempio con "Alc. Ragazzi" – "Alc. Adulti", nell'U.F. di assistenza 2 e 3 potremo specificare queste o altre ulteriori tipologie. L'importante comunque è specificare l'U.F. 1; una volta scelta ci apparirà un prospetto che ci chiede di scegliere un tempo di transito previsto per il nuovo entrato: questo tempo sarà sommato alla data di ammissione per calcolare una "data di dimissione prevista", registrata nell'apposito campo al centro in basso della schermata.

Con la compilazione quindi di questi due dati, U.F. di entrata e U.F. di assistenza 1, attiviamo il controllo in tempo reale sulle ammissioni e dimissioni: vediamo ora come funziona e le sue particolarità.

Lo scopo di questo sistema è quello di avere la possibilità di registrare le ammissioni, le

dimissioni e le successive riammissioni di ogni cliente/paziente. Nella fascia di grigio più scuro nella parte bassa della prima pagina dell'anagrafica troviamo tutti i dati che ci permettono di gestire il movimento del cliente/paziente. Noterete come in caso di un nuovo entrato sia selezionata la voce "IN CARICO", evidenziata in rosso, con una data di dimissione calcolata come abbiamo visto (modificabile a mano in qualsiasi momento). Quindi, nel momento dell'inserimento, il paziente sarà registrato come in carico a partire dalla data di ammissione, riportata nella parte alta della schermata. La *data di primo contatto* indicherà la prima ammissione del cliente/paziente, la data di *ammissione* l'ultima in ordine cronologico.

La *data di dimissione prevista* ha lo scopo di ricordarci l'esistenza in carico del cliente/paziente e quindi di dimetterlo se questo non si è più visto o se ha finito il trattamento, o di aggiornare il dato se invece è ancora in carico; NON ha la funzione di dimettere automaticamente il cliente/paziente.

Lo scopo di questo controllo è quello di avere un archivio il più vicino possibile alla realtà, cioè i cui clienti/pazienti siano in carico perchè effettivamente trattati e non per dimenticanze o sviste causate dall'alto numero di presenze nella ns. struttura. Questo controllo è affiancato da un altro più efficace che si basa sulle prestazioni erogate: se il cliente/paziente non ha prestazioni registrate per un tempo che noi scegliamo (generalmente fra i 60 e i 90 giorni) il sistema ci avverte che non abbiamo più contatti con questa persona e ci chiede se tenerlo in carico o dimetterlo.

Tornando all'Anagrafica, per *dimettere* un cliente/paziente in carico andremo in consultazione e una volta scelto l'interessato e caricati i suoi dati, con il mouse selezioneremo "DIMESSO" nella parte bassa della schermata: il sistema ci chiederà conferma e ci ricorderà di selezionare la *data di dimissione reale* e il *motivo di dimissione*. Una volta specificati questi due dati, confermeremo il tutto con il bottone "SALVA".

Per *riammettere* un cliente/paziente precedentemente dimesso, ci recheremo di nuovo nella sua Anagrafica e con il mouse selezioneremo "IN CARICO" nell'apposita area; controlleremo la data di *ammissione* nella parte superiore della schermata e confermeremo il tutto con il bottone "SALVA".

La traccia dettagliata delle ammissioni/dimissioni/riammissioni del cliente/paziente è visualizzabile in qualsiasi momento selezionando il bottone "Storico movimenti cliente" in basso a dx della prima pagina dell'anagrafica. (segue un esempio di questo repor).

Abbiamo quindi descritto in dettaglio il sistema integrato in mFp di gestione delle ammissioni/dimissioni, evidenziandone i vantaggi e le agevolazioni che ne conseguono. Si ricorda che tenendo alimentato il sistema con i dati che abbiamo visto, si avrà anche la compilazione automatica delle parti riguardanti i clienti/pazienti in carico, dimessi e riammessi dei Reports Ministeriali (SEM01, SEM02, ecc).

Anagrafica – seconda pagina

Nella seconda pagina dell'anagrafica troviamo altri dati a corredo di quelli obbligatori precedentemente descritti, come il medico di m.g., la classificazione di rischio HIV, un riepilogo delle diagnosi attive (inserite dalla Gestione Clinica-Lista Diagnosi) e le sostanze primaria/secondarie di utilizzo del cliente/paziente. Questi ultimi sono importanti per la corretta compilazione dei Report Ministeriali, quindi è consigliato specificare la sostanza primaria di utilizzo e eventualmente quelle secondarie. Per specificarle occorre compilare la prima riga della griglia, partendo dal tipo sostanza fino alla frequenza d'uso; la data di aggiornamento è automatica e le note sono facoltative. Anche la data fine è facoltativa, essendo possibile che il cliente/paziente stia ancora utilizzando la sostanza.

La parte di attivazione del P.A.C. è una funzione avanzata che sarà descritta più avanti; è possibile comunque assegnare una categoria di appartenenza al cliente, che verrà utilizzata per elaborazioni future.

Fig. 13: Schermata esempio di report



Preview movimenti...

Zoom 100%

REPORT MOVIMENTI CLIENTE

AAAA AAA 20/06/2001

AMMISSIONI				DIMISSIONI			
N°	DATA	U. FUNZION.	OPERATORE	DATA	GG. CARICO	MOTIVO	LUOGO TRASFERIMENTO
1	24 ago 2000	VALUTAZ. E RIC.	Generico -.	20 dic 2000	119	FINE TRATTAMENTO MO NIT.	
2	11 gen 2001	VALUTAZ. E RIC.	Generico -.	22 feb 2001	43	TRASFERIMENTO	PADOVA
3	1 mar 2001	VALUTAZ. E RIC.	Generico -.	IN CARICO	112		

TEMPO TOTALE DI CARICO (gg): 274

Pagine: 1

Fig. 14: Il sistema di ammissioni - dimissioni, seconda pagina

Anagrafica - Seconda pagina

MEDICO DI M.G.

Cognome e nome: Medico prova3 Telefono: 3443443 Codice medico:

RISCHIO HIV - CLASSIFICAZIONE Data agg. std. di classificazione 01/01/1999

- Partner eterosessuale occasionale di soggetto a rischio noto
- Partner eterosessuale abituale di soggetto a rischio noto
- Partner eterosessuale di soggetto a rischio non noto

DIAGNOSI ATTIVE

T.	DIAGNOSI	DATA IN	MEDICO	STRUTTURA

SOSTANZA PRIMARIA / SECONDARIE

Drag a column header here to group by that column.

DATA AGG.	TIPO SOSTANZA	USO	VIA ASS.	DATA INIZIO	DATA FINE	FREQ. USO	NOTE
19/06/2001	Eroina	PRIMARIO	EV	02/06/2001		Più volte al giorno	
19/06/2001	Cannabinoidi	SECONDARIO	INAL	07/03/2001		Più a settimana	

ATTIVAZIONE PROCESS ADHERENCE CONTROLLER (P.A.C.)

☒ Assegna categoria (P.M.C.) al cliente e attiva P.A.C.

CATEGORIA CLIENTE (P.M.C.)	DATA IN	DATA OUT

Non assegnare categoria P.M.C. Attenzione: questa scelta comporta la non attivazione del controllo dei processi e l'evidenziazione di un'aderenza 0 per questo cliente!

INDIETRO AVANTI

Anagrafica – terza pagina

Nella terza pagina dell'anagrafica troviamo i dati relativi al nucleo familiare del cliente, più una tabella referenti che permette di inserire dei contatti.

È sottinteso che l'inserimento di questi dati comporta l'obbligo di far firmare la liberatoria sul trattamento dei dati personali ad ogni persona registrata nel sistema, come dettato dalla legge 675/96 sulla privacy.

I dati di questa pagina, come quelli della seconda, sono a salvataggio automatico. Per proseguire, premere AVANTI per la quarta pagina o INDIETRO per la precedente.

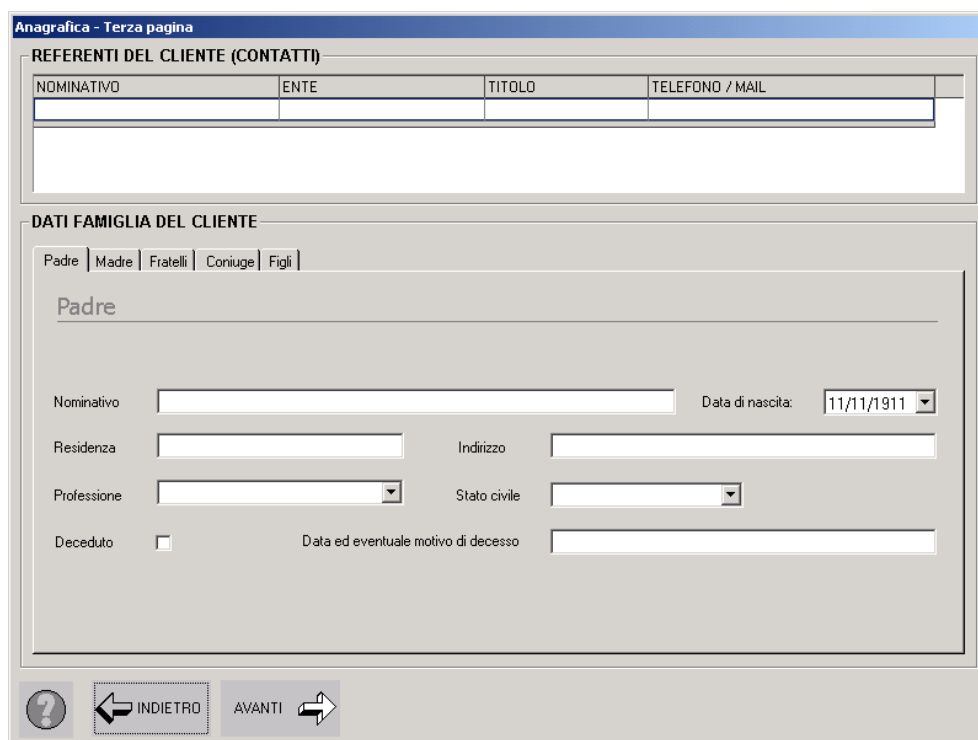
Anagrafica – quarta pagina

In questa area troviamo una sintesi dei dati legali del cliente/paziente, con la possibilità di inserire anche delle note testuali a riguardo.

Nella parte superiore troviamo poi un campo descrittivo per l'inserimento dell'ente inviante.

Anche i dati contenuti in questa pagina sono a salvataggio automatico, alla pressione del tasto "INDIETRO".

Fig. 15: Anagrafica clienti, terza pagina



Anagrafica - Terza pagina

REFERENTI DEL CLIENTE (CONTATTI)

NOMINATIVO	ENTE	TITOLO	TELEFONO / MAIL

DATI FAMIGLIA DEL CLIENTE

Padre | Madre | Fratelli | Coniuge | Figli

Padre

Nominativo: Data di nascita: 11/11/1911

Residenza: Indirizzo:

Professione: Stato civile:

Deceduto: ☐ Data ed eventuale motivo di decesso:

? INDIETRO AVANTI

**Fig. 16: Anagrafica, quarta pagina**

DIARIO CLINICO: DESCRIZIONE GENERALE

Il diario clinico nasce dall'esigenza degli operatori di avere uno spazio per ogni cliente/paziente dove poter memorizzare delle note testuali libere giorno per giorno.

Queste note non sono il resoconto delle normali prestazioni eseguite sul cliente, gestite invece nell'apposita area della piattaforma (Gestione Prestazioni), ma sono delle osservazioni aggiuntive "libere" che ogni operatore può associare ad un determinato cliente/paziente.

Il diario clinico è virtualmente diviso in quattro aree, una per figura professionale, più una generica; si ha quindi a disposizione un contenitore "personalizzato" per i medici, uno per gli assistenti sociali, uno per gli psicologi, uno per gli infermieri e quello generico ("ALTRO").

In ogni momento c'è comunque la possibilità di visualizzare l'intero diario di un cliente per vedere tutte insieme le note dei vari differenti operatori.

La pagina di entrata, dopo aver selezionato il cliente/paziente ed essersi accreditati come operatori, ci mostra una griglia con elencati i vari tipi di diario clinico, le rispettive date di aggiornamento e l'ultimo operatore che ha scritto in quel diario.

Una volta selezionato il diario clinico su cui operare, possiamo proseguire con il bottone con la freccia rossa in basso a destra.

Fig. 17: Pagina del diario cliente

La schermata operativa principale del diario clinico riportata, ci permette di aggiungere note nell'apposita area nel giorno in corso o di modificare note precedentemente inserite mediante il bottone "AGGIORNA". Ogni nota inserita o modificata riporterà il nome dell'operatore e la data di aggiornamento.

Nella parte superiore troviamo un riepilogo dei dati del cliente/paziente su cui stiamo lavorando, mentre in quella inferiore troviamo, nell'ordine:

- Il bottone con il punto di domanda "?" che permette di visualizzare l'help in linea.
- Il bottone "E" che richiama l'epicrisi T.D. del cliente selezionato.
- Il bottone "P" che richiama il dettaglio delle ultime prestazioni erogate sul cliente.
- Il bottone "AGGIORNA" che sblocca le date precedenti a quella odierna per permettere l'aggiornamento dei dati storici.
- Il bottone "SALVA" che memorizza i dati inseriti.
- Il bottone "STAMPA" per stampare il diario clinico.
- Il bottone "USCITA" per tornare alla schermata precedente.

Fig. 19: Schermata esempio di una rappresentazione di epicrisi di un paziente tipo

Epicrisi T.D.									
Nome cliente: A. AAAA		nato il: 01/08/2000		ASL appartenenza: 8		Regione ASL: PIEMONTE		medico: F. Bricolo	
data ultima ammissione: 01/03/2001		data ultima dimissione: 22/02/2001		gg. di carico tot:		ultimo movimento il: 13/07/2001		n° cartella: 12	
EPICRISI T.D.					SITUAZIONE ATTUALE				
CBE		FARMACO		ESAMI DI LABORATORIO		SITUAZIONE LEGALE		DIAGNOSI ATTIVE	
data: 07/06/2001 area: score %item3 Tossicologica: 18 2 medica: 0 0 psicologica: 0 0 sociale: 0 0		tipo: Metadone data inizio: 01/02/2001 gg di terapia: 143 dose/die attuale: 80 affidamento: SI NO n. urine POS/tot (ultimi 3 mesi): morfina: 0.0 altro: 0.0		data ultimo controllo: test HIV: % di esami alterati: % di alterazione:		☐ libero ☐ art.75 - 121 ☐ affidamento ☐ arresti domicili. ☐ carcerato ☐		1 mal di testa 2 ginecomastia 3 4 5 6 7 8	
SSAS		MAC/E		ABILITA' PREVENTIVE		OUTCOME		COSTI	
data: 07/06/2001 % probl. famiglia (n. origine): 50 famiglia(n. autonomo): 0 rete sociale: 25 Problematicità totale: 9		data: disp. al cambiamento: score % autoefficacia: frattura inferiore:		data: % post Δ disinfezione: prepar. dose: uso profilattico: primo soccorso:		data ultimo controllo: data precedente control: N Δ uso di sostanze: qualità di vita: performance PS: incidenza Pat. C.:		data: costo/die: Globale: Ter. Efficace: Ter. Inefficace: Cumulativo: Comunità ter.:	
ULTIME PRESTAZIONI EROGATE									
MEDICHE		PSICOLOGICHE		ASSISTENZA SOCIALE		INFERMIERISTICHE		ALTRO	
tipo data 22.1 13/07/01 22.3 13/07/01 2.2 01/07/01 TOTALE 30gg: 21		tipo data 13.7 12/06/01 13.7 24/05/01 13.7 24/05/01 TOTALE 30gg: 7		tipo data 0 TOTALE 30gg: 0		tipo data 9.1 01/07/01 9.1 01/07/01 TOTALE 30gg: 2		tipo data TOTALE 30gg:	
Attuale 3 mesi fa 6 mesi fa 9 mesi fa 1 anno fa									
					STAMPA				
					USCITA				

SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA ESPRESSA DAL CLIENTE

Questo modulo di mFp si occupa della valutazione della domanda espressa dal cliente. È uno strumento di INTAKE e quindi come tale da utilizzare soprattutto in fase di accettazione del cliente, ma può comunque essere somministrato anche in corso di trattamento per una valutazione della percezione della domanda espressa da parte del cliente a distanza di tempo e dopo le cure ricevute.

Il sistema consente la memorizzazione delle informazioni relative alla fonte di invio, e delle domande del paziente relative alla domanda di terapie farmacologiche, di inserimento in comunità, di supporto psicologico piuttosto che sociale, ecc..

La compilazione di questi test è stata studiata in modo da consentire l'utilizzo del modulo anche da parte di operatori con una preparazione informatica bassa, e con una familiarità con mouse e tastiera minima. Si è cercato infatti di proporre le domande in modo chiaro e semplice e soprattutto di facilitare l'operatore nella scelta della risposta adeguata con grossi tasti colorati e con una impostazione grafica delle pagine semplice ma completa allo stesso tempo.

**Fig. 20: Valutazione della domanda**

VALUTAZIONE DELLA DOMANDA ESPRESSA

V.D.E.
Valutazione della Domanda Espressa
Vers. 1.0 del 21.06.2000

SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA ESPRESSA DAL CLIENTE

1. Verifica della fonte di invio
2. Verifica della richiesta del cliente relativa a:
Terapia Farmacologica, Inserimento in comunità, Supporto sanitario, Supporto psicologico, Supporto sociale, Consulenza legale
3. Verifica delle motivazioni espresse
4. Verifica delle possibili fonti di pressione esterne

IDEAZIONE: G. Serpelloni
ANALISI E SVILUPPO: G. Serpelloni, M. Zermiani
PROGRAMMAZIONE: D. Gbbin
REVISIONE CONTENUTISTICA: Gruppo di lavoro Progetto M.M.E. (Regione del Veneto)

Fig. 21: Menu principale di BPO

Ricerca Cliente : Maschera

V.D.E. - VALUTAZIONE DELLA DOMANDA ESPRESSA

Cliente per ☒ nome ☐ codice

Unità Funzionale

Operatore

Data

NUOVA SCHEDA

CLICCARE SUGLI APPOSITI TASTI PER MODIFICARE/VISUALIZZARE O STAMPARE LA SCHEDA DELLA DOMANDA ESPRESSA

Data	Operatore	Visualizza/Modifica	Stampa
11/07/2000	Aldegheri		

Stampa modulo in bianco

Login

La fase di login è molto importante per motivi di sicurezza e per la gestione delle prestazioni erogate da ciascun operatore del servizio. Essa prevede la selezione del proprio nominativo da una lista di utenti del sistema e la digitazione della propria password segreta. Dopo tre tentativi non riusciti di accesso il sistema esce dalla fase di login e si riposiziona nel punto dell'applicativo dal quale si era partiti.

Per poter accedere quindi alle funzionalità del sistema bisogna innanzitutto essere accreditati; l'accreditamento è di norma eseguito dall'amministratore del sistema il quale inserisce il nominativo e la password all'interno di una tabella di sistema protetta da vari livelli di sicurezza.

Il cambiamento della password è di esclusiva competenza dell'amministratore di sistema.

Dopo la fase di accreditamento viene presentata una scheda dalla quale è possibile selezionare il cliente, filtrando la selezione per unità operativa. Nella parte alta della scheda viene proposta la data di compilazione del test e premendo il tasto "NUOVA SCHEDA" il sistema si predispose per la compilazione del test. Per la modifica di un test già memorizzato basta cliccare sul tasto relativo.

L'operatore che preferisce la compilazione manuale dei test ha la possibilità di stampare i moduli in bianco dei test e di registrare successivamente gli esiti scritti sui fogli di carta. Ovviamente questo comporta un passaggio in più e quindi è sconsigliabile, ma può essere necessario nel caso in cui la somministrazione del test debba avvenire in un luogo diverso da quello in cui risiede il computer con il modulo VDE installato.

Compilazione del Test

Il test si compone di 10 schede diverse raggruppate per area (Fonte di invio, Terapia farmacologia, Comunità, Supporto sanitario, Supporto psicologico, Supporto sociale, Consulenza legale, Motivazioni, Pressioni, Altro) ed una undicesima scheda che è la sintesi delle prime dieci. La compilazione è molto semplice: basta cliccare il pulsante che corrisponde al bisogno percepito (osservato) che diventa rosso (ulteriore click per ritornare allo stato originale grigio). Il passaggio da una scheda all'altra è possibile scorrendo i vari "tab" (linguette) disposte orizzontalmente sotto i dati anagrafici del paziente, vedi fig.17.

Arrivati all'ultima (SINTESI) bisogna cliccare sul pulsante AGGIORNA per aggiornare la scheda di sintesi con le eventuali modifiche apportate alle schede precedenti.

Alla fine della compilazione è possibile la memorizzazione dei risultati segnati oppure l'uscita senza il salvataggio delle modifiche apportate.

Fig. 22: Compilazione del Test

domanda espressa

V.D.E. - VALUTAZIONE DELLA DOMANDA ESPRESSA DAL CLIENTE

Paziente	AAAPROVA2	AAAPROVA2	Incontro effettuato il	11/07/2000
Residenza	VERONA (VR)		Operatore	Aldi Franco
Progressivo	4		ULSS di appartenenza	21

Fonte | Terapia Farmacol. | Comunità | Supp. Sanitario | Supp. Psicologico | Supp. Sociale | Consulenza legale | Motivazioni | Pressioni | Altro | Sintesi

Fonte di invio

1	Volontario	2	Familiari
3	Medico di base	4	Medico privato
5	Altro Ser.T.	6	Servizio privato sociale/privato sociale/volontario
7	Polizia / Carabinieri	8	Altri servizi della ULSS
9	Segnalazioni Prefettura art. 75	10	Segnalazioni Prefettura art. 121
11	Magistratura art. 90	12	Magistratura art. 94 (ex art. 47 bis)
13	Ospedale Militare	14	Carcere
15	Pronto Soccorso	16	Altri reparti ospedalieri
17	Altri servizi pubblici non della ULSS	18	Non rilevato / sconosciuto
19	Altro	20	Unità di strada
21	Centro di Prima Accoglienza		

Richiesta testuale



Stampa dei risultati

Dalla scheda principale "RICERCA CLIENTE" è possibile stampare un report che riassume in forma tabellare molto semplice e chiara gli esiti del test effettuato (anche di quelli meno recenti) molto utile quando c'è la necessità di avere un riassunto delle condizioni di un paziente per una eventuale discussione di un caso.

B.P.O.: BISOGNI PERCEPITI ED OSSERVATI

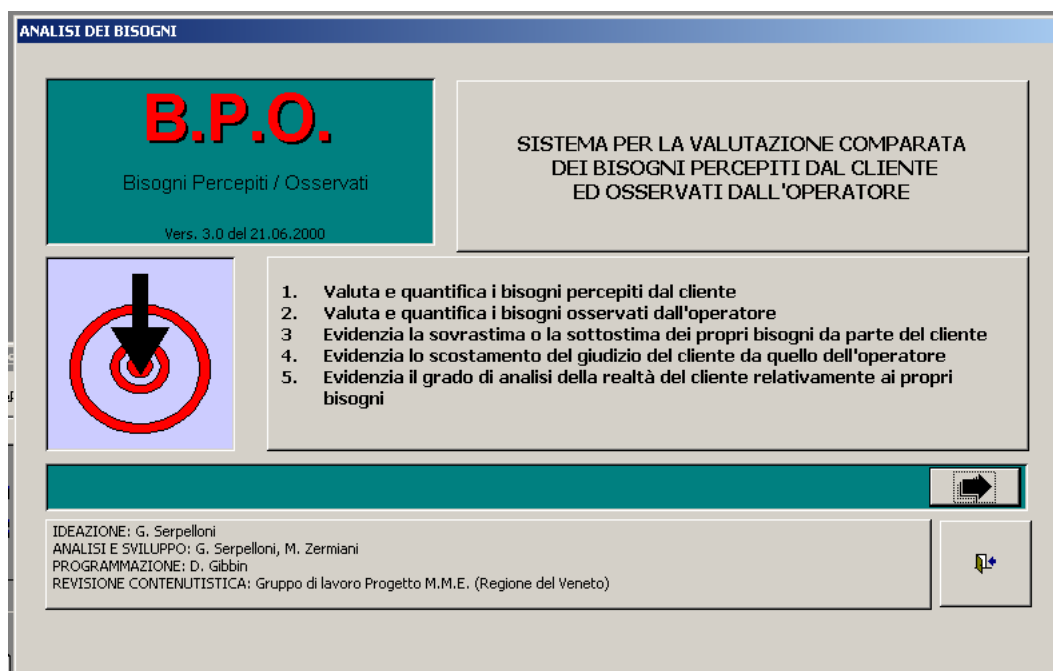
Questo modulo di mFp si occupa della valutazione comparata dei bisogni percepiti dal cliente ed osservati dall'operatore. È uno strumento di INTAKE e quindi come tale da utilizzare soprattutto in fase di accettazione del cliente, ma può comunque essere somministrato anche in corso di trattamento per una valutazione della percezione dei bisogni da parte del cliente a distanza di tempo e dopo le cure ricevute.

Si tratta in sostanza di un test doppio ("twin test"), uno redatto dal cliente, direttamente o supportato da un operatore, e l'altro compilato dal medico o dall'operatore che segue il cliente.

Il sistema consente quindi una valutazione e una quantificazione dei bisogni percepiti dal cliente ed osservati dall'operatore, ed evidenzia, anche in forma grafica, la sovrastima o la sottostima dei propri bisogni da parte del cliente, lo scostamento del giudizio del cliente da quello dell'operatore ed infine il grado di analisi della realtà.

La compilazione di questi test è stata studiata in modo da consentire l'utilizzo del modulo anche da parte di operatori con una preparazione informatica bassa, e con una familiarità con mouse e tastiera minima. Si è cercato infatti di proporre le domande in modo chiaro e semplice e soprattutto di facilitare l'operatore nella scelta della risposta adeguata con grossi tasti colorati e con una impostazione grafica delle pagine semplice ma completa allo stesso tempo.

Fig. 23: Bisogni percepiti ed osservati



Login

La fase di login è molto importante per motivi di sicurezza e per la gestione delle prestazioni erogate da ciascun operatore del servizio. Essa prevede la selezione del proprio nominativo da una lista di utenti del sistema e la digitazione della propria password segreta. Dopo tre tentativi non riusciti di accesso il sistema esce dalla fase di login e si riposiziona nel punto dell'applicativo dal quale si era partiti, vedi fig. 19.

Per poter accedere quindi alle funzionalità del sistema bisogna innanzitutto essere accreditati; l'accreditamento è di norma eseguito dall'amministratore del sistema il quale inserisce il nominativo e la password all'interno di una tabella di sistema protetta da vari livelli di sicurezza.

Il cambiamento della password è di esclusiva competenza dell'amministratore di sistema.

Dopo la fase di accreditamento viene presentata una scheda dalla quale è possibile selezionare il cliente, filtrando la selezione per unità operativa. Nella parte alta della scheda viene proposta la data di compilazione del test e premendo il tasto "NUOVO TEST" il sistema si predispose per la compilazione del test relativo ai bisogni PERCEPITI ed OSSERVATI. Per la compilazione dei test basta cliccare sui tasti relativi. Si può decidere la somministrazione dei test anche in giorni diversi ed il sistema riporta la data di compilazione di ogni singola compilazione.

L'operatore che preferisce la compilazione manuale dei test ha la possibilità di stampare i moduli in bianco dei due tipi di test e di registrare successivamente gli esiti scritti sui fogli di carta. Ovviamente questo comporta un passaggio in più e quindi è sconsigliabile ma può essere necessario in caso in cui la somministrazione del test debba avvenire in un luogo diverso da quello in cui risiede il computer con il modulo BPO installato.

Fig. 24: Menu principale di BPO

Data	Operatore	Bisogni Percepiti	Bisogni Osservati	Riepilogo	Grafico
24/01/2001	Administrator				
14/12/2000	Administrator	14/12/2000	14/12/2000		
01/09/2000	ADMINISTRATOR				

Compilazione del test

La compilazione del test è molto semplice; il sistema presenta una domanda per volta, e le sette possibili risposte; l'operatore (o il paziente) sceglie la risposta e lo score viene automaticamente aggiornato; con il tasto "Freccia AVANTI" si passa alla domanda successiva finché si arriva all'ultima. A questo punto si può decidere di salvare le risposte date cliccando



sul tasto con l'icona del floppy disk oppure si può decidere di rifiutare il salvataggio cliccando sul tasto con il bidone. Anche durante si può optare per uscire prematuramente dalla somministrazione del test interrompendo le domande e rinunciando a salvare il test in corso che dovrà eventualmente essere ripreso dall'inizio, vedi fig.20.

Analisi grafica dell'esito del Test

Dopo avere compilato i test relativi ai bisogni percepiti ed osservati si può fare un raffronto tra i risultati ottenuti dal paziente e quelli ottenuti dall'operatore. La rappresentazione grafica consente immediatamente di cogliere le differenze tra le risposte dell'uno e dell'altro: vengono infatti riportate in due colonne adiacenti le due serie di risposte e in una terza viene riportato il delta tra le due. In altre due colonne adiacenti vengono riportate le due serie di risposte rappresentate da un piccolo grafico a torta che verrà colorato di verde in proporzione al punteggio ottenuto (da 1 a 7). Nell'ultima colonna viene infine evidenziata graficamente la differenza tra le due serie con una barra orizzontale per ogni risposta che indica la sottostima o la sovrastima del singolo problema da parte del paziente.

Fig. 25: Compilazione del Test

BISOGNI PERCEPITI

Profilo dei Bisogni Percepiti dal Cliente

Paziente **AAAPROVA2** **AAAPROVA2** Data **01/09/2000**

Operatore **Administrator -**

Il presente questionario ha lo scopo di aiutarci a capire al meglio i suoi bisogni. Le chiediamo di esprimere il suo giudizio relativamente al grado di bisogno che lei pensa di avere, utilizzando la scala riportata di seguito. Grazie per la collaborazione.

1 Sente d'aver bisogno di migliorare la sua formazione scolastica/professionale.

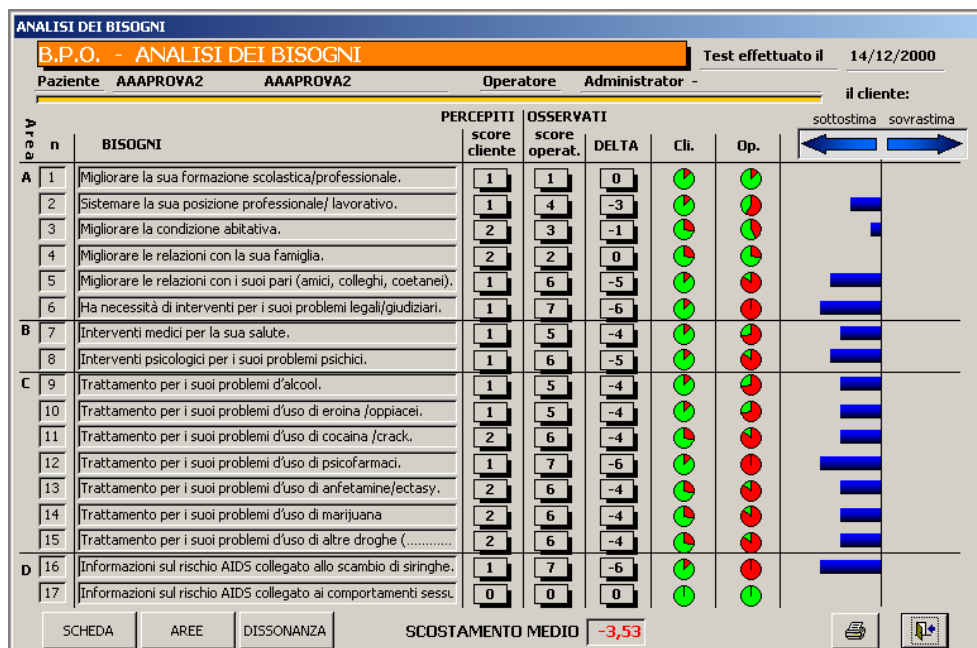
GRADO DI BISOGNO	Nessuno	Pochissimo	Poco	Non so, dipende	Abbastanza	Molto	Moltissimo

SCORE **2**

Nota: Per BISOGNO si intende la necessità di essere aiutato con supporti, interventi e/o terapie di vario tipo, al fine di risolvere un problema o ripristinare o acquisire una situazione considerata normale

Fig. 26: Raffronto tra i risultati del cliente e quelli dell'operatore



La seconda rappresentazione grafica dei test è quella relativa alle aree in cui sono raggruppate le domande:

1. migliorare la situazione sociale;
2. assistenza generale (medico – psicologica);
3. trattamenti per sostanza;
4. informazioni di prevenzione.

Per ogni area viene riportata la somma delle risposte date dal paziente e dall'operatore e ne viene evidenziato il delta (numericamente e graficamente) ed inoltre viene visualizzato graficamente con quattro grafici a torta il risultato individuato dall'operatore per ogni area.

Viene anche riportato un giudizio dell'operatore sull'attendibilità delle risposte date dal paziente, che può essere stato molto collaborativo o poco responsabile nel dare le risposte.

Infine viene rappresentata graficamente la dissonanza tra le risposte del paziente e dell'operatore, il grado di dissonanza e un grafico che rappresenta l'interpolazione lineare con un valore che quanto più si avvicina ad 1 tanto più rappresenta l'assonanza delle risposte delle due serie (paziente ed operatore).

Riepilogo del test

Dopo la compilazione dei test è possibile dalla scheda di ricerca cliente stampare un report che rappresenta in forma tabellare sintetica l'esito dei test somministrati, anche quelli meno recenti. Questo report può essere utile per affrontare le discussioni durante le riunioni tra gli operatori, che avranno la possibilità di discutere di un caso con della documentazione cartacea che riporta sinteticamente gli esiti dei test somministrati.



Fig. 27: Rappresentazione dei risultati dei test in base al tipo di domande

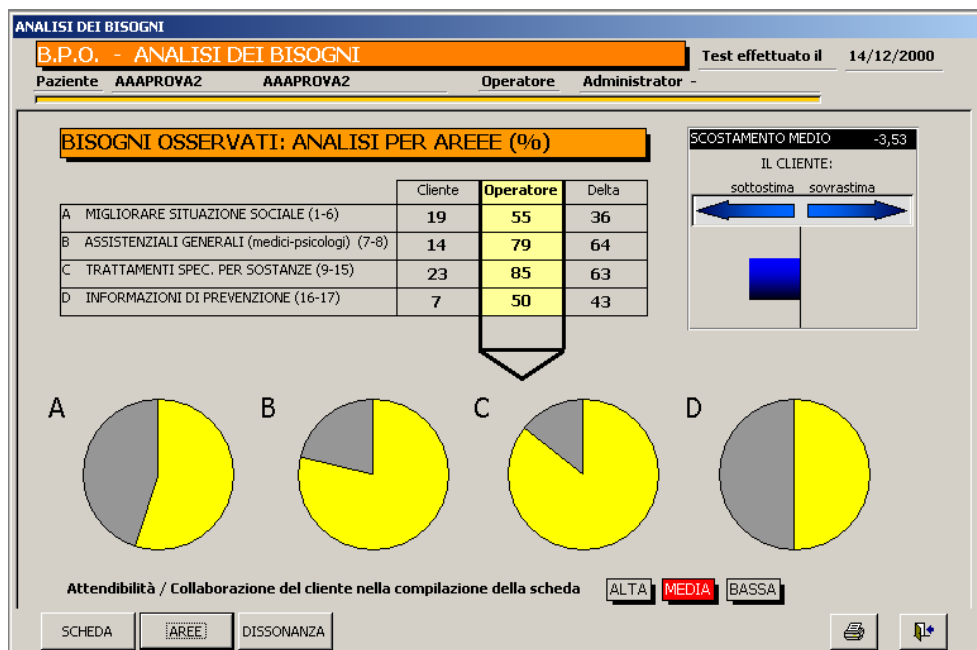
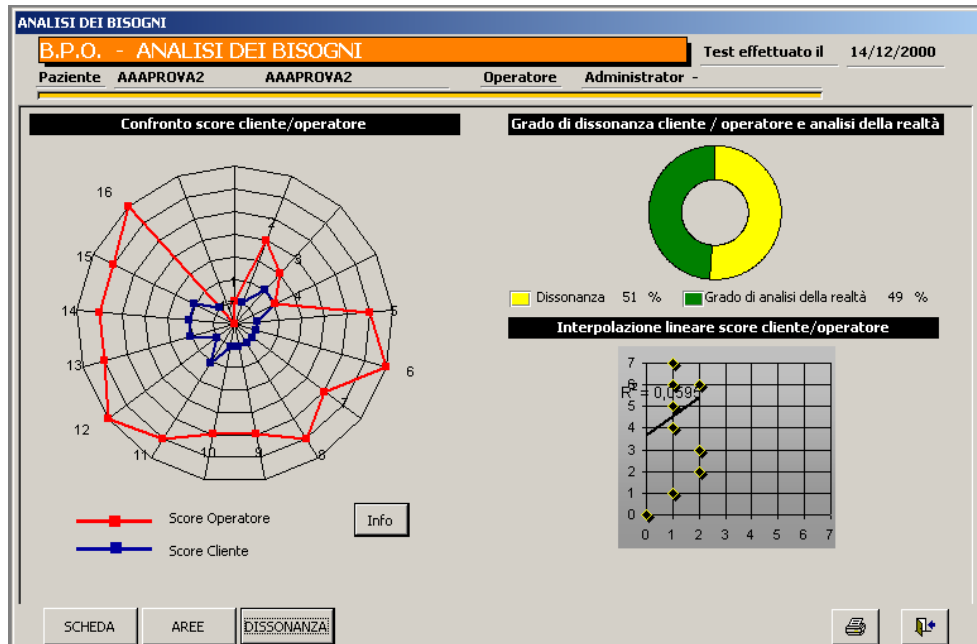


Fig. 28: Rappresentazione della dissonanza delle risposte



Abilità preventive

Sistema di check-list per la valutazione delle abilità preventive relative al rischio infettivo e di overdose

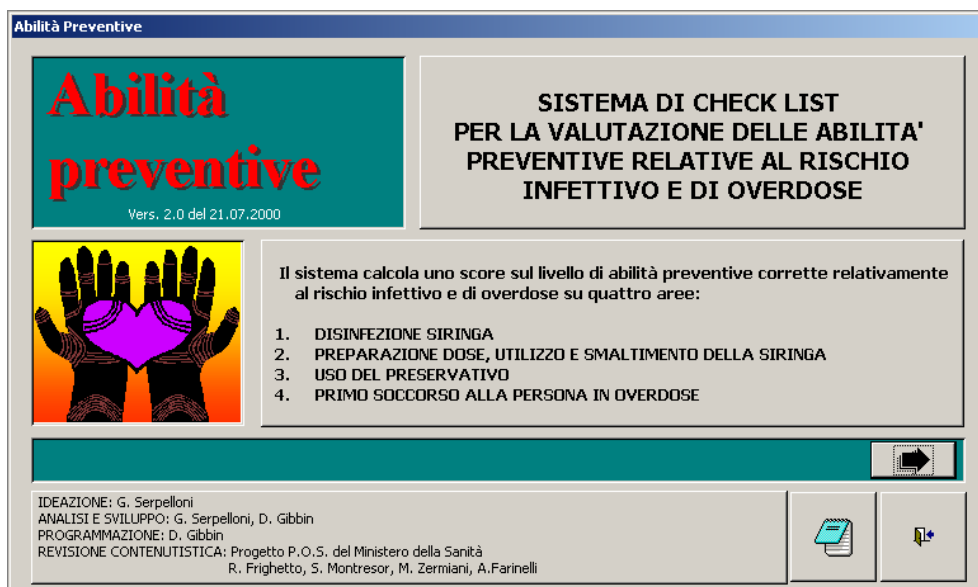
Questo modulo di mFp si occupa della valutazione delle abilità preventive relative al rischio infettivo e di overdose. Le abilità preventive analizzate sono raggruppate in 4 aree distinte:

- disinfezione della siringa;
- preparazione della dose;
- uso del preservativo;
- primo soccorso.

Per ogni area è prevista una serie di domande ognuna delle quali prevede due risposte, una adeguata e un'altra inadeguata. Il test inoltre deve essere somministrato al paziente in due fasi temporali ben distinte e cioè prima e dopo un mini corso di istruzione generale proprio sulle abilità preventive. Il confronto dei risultati del medesimo test effettuato in questi due momenti distinti ci rivela l'effettiva capacità della persona nel recepire le indicazioni degli operatori del servizio. Il confronto tra i risultati dei test è evidenziato in modo tabellare e grafico con un grande impatto visivo che aiuta l'operatore a cogliere immediatamente le lacune del paziente ed eventualmente anche del test!

La compilazione di questi test è stata studiata in modo da consentire l'utilizzo del modulo anche da parte di operatori con una preparazione informatica bassa, e con una familiarità con mouse e tastiera minima. Si è cercato infatti di proporre le domande in modo chiaro e semplice e soprattutto di facilitare l'operatore nella scelta della risposta adeguata con grossi tasti colorati e con una impostazione grafica delle pagine semplice ma completa allo stesso tempo.

Fig. 29: Pagine introduttiva al modulo di check





Login

La fase di login è molto importante per motivi di sicurezza e per la gestione delle prestazioni erogate da ciascun operatore del servizio. Essa prevede la selezione del proprio nominativo da una lista di utenti del sistema e la digitazione della propria password segreta. Dopo tre tentativi non riusciti di accesso il sistema esce dalla fase di login e si riposiziona nel punto dell'applicativo dal quale si era partiti.

Per poter accedere quindi alle funzionalità del sistema bisogna innanzitutto essere accreditati; l'accreditamento è di norma eseguito dall'amministratore del sistema il quale inserisce il nominativo e la password all'interno di una tabella di sistema protetta da vari livelli di sicurezza.

Il cambiamento della password è di esclusiva competenza dell'amministratore di sistema.

Dopo la fase di accreditamento viene presentata una scheda dalla quale è possibile selezionare il cliente, filtrando la selezione per unità operativa. Nella parte alta della scheda viene proposta la data di compilazione del test e premendo il tasto "NUOVA SCHEDA" il sistema si predispose per la compilazione del test. L'area deve essere selezionata dalla lista presentata con la casella "TIPO DI CHECK LIST".

Per la modifica di un test già memorizzato basta cliccare sul tasto relativo.

L'operatore che preferisce la compilazione manuale dei test ha la possibilità di stampare i moduli in bianco dei test e di registrare successivamente gli esiti scritti sui fogli di carta. Ovviamente questo comporta un passaggio in più e quindi è sconsigliabile ma può essere necessario in caso in cui la somministrazione del test debba avvenire in un luogo diverso da quello in cui risiede il computer con il modulo ABILITÀ PREVENTIVE installato.

È possibile stampare un report che riassume le risposte al singolo PRE-TEST o POST-TEST relativo all'area selezionata eseguito nella data indicata a sinistra della scheda.

Fig. 30: Menu principale di abilità preventive

Ricerca Cliente : Maschera

CHECK LIST - SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DELLE ABILITA' PREVENTIVE DEL PAZIENTE

Cliente per ☒ nome ☐ codice

AAAPROVA2 AAAPROVA2

Unità Funzionale SERT

Operatore Brocco Francesco

Data 24/01/2001

NUOVA SCHEDA

EPICRISI Ultimi TEST

Tipo di Check List: **DISINFEZIONE**

RISULTATI (%)

Data	Operatore	Visualizza /Modifica	PRE TEST	POST TEST	DELTA Riga	DELTA Colonna (PRE)	GRADO DI ABILITA' AL PRETEST
31/07/2000	Aldegheri		60	60	0		
30/07/2000	b222		40	50	10	-20	

Per TIPO Tutti i TIPI Stampa modulo in bianco

È anche possibile stampare un report che riassume gli esiti di un singolo test “STAMPA PER TIPO” oppure un report complessivo che rappresenta tutte le risposte date in una certa data a tutti i TEST effettuati raggruppati per area “STAMPA TUTTI I TIPI”.

Per i test effettuati nella scheda “RICERCA CLIENTE” viene inoltre riportato il delta di riga e il delta di colonna.

Delta riga

Il delta di riga indica lo scostamento dal test effettuato in precedenza in ordine di tempo e serve per valutare il miglioramento (o purtroppo il peggioramento) della capacità valutativa del paziente in ordine all'area del test in questione.

Delta colonna

Il delta di colonna invece indica lo scostamento tra il risultato del PRE-TEST e quello del POST-TEST e indica la variazione della capacità percettiva del paziente dopo le istruzioni da parte del personale del servizio.

Viene inoltre riportato in forma grafica, con una barra azzurra orizzontale, il grado di abilità al PRE-TEST raggiunto dal paziente per ogni test effettuato. L'andamento delle barre orizzontali indica immediatamente se le capacità percettive del paziente stanno migliorando nel tempo oppure stanno purtroppo peggiorando.

Epicrisi ultimi Test

Con il tasto EPICRISI ULTIMI TEST si accede ad una scheda molto importante che rappresenta in maniera tabellare e grafica il risultato dell'ultimo test effettuato, lo scostamento dal precedente e il confronto del risultato del paziente con la media della popolazione che è stata valutata con il medesimo sistema e i cui risultati sono stati memorizzati all'interno della piattaforma mFp.

I confronti sono raggruppati logicamente per AREA e ogni paziente può così essere comparato con la media della popolazione. Per una valutazione veritiera dei dati è riportato anche il numero dei soggetti che concorrono al calcolo della media della popolazione: naturalmente più alto sarà questo numero maggiore sarà l'affidabilità del confronto con la media stessa.

La compilazione del test è stata resa molto semplice. Una volta selezionato il paziente e la data si passa alla compilazione di una “NUOVA SCHEDA” o alla modifica di un test già memorizzato. Per selezionare una risposta basta cliccare sul grosso rettangolo contenente la risposta e il rettangolo si colora di VERDE o ROSSO in relazione all'adeguatezza o meno alla domanda. Automaticamente viene calcolato il grado di abilità corrente, rappresentato con una percentuale (MAX 100% = risposte tutte ADEGUATE) e con un grafico a torta. Dalla stessa scheda è possibile passare dal PRE al POST TEST senza la necessità di uscire dalla scheda di immissione delle risposte.

Alla fine della compilazione è possibile la memorizzazione dei risultati segnati oppure l'uscita senza il salvataggio delle modifiche apportate.

Elabora test

Dopo avere memorizzato le risposte è possibile elaborare il risultato così ottenuto per mettere a confronto i risultati del PRE e del POST TEST con il riepilogo delle domande NON ADEGUATE al POST TEST e con il DELTA tra i due momenti.

In questo modo si ha immediatamente la sensazione dell'andamento del paziente nei confronti dell'area in questione.



Fig. 31: Rappresentazione tabellare e grafica dell'ultimo test fatto

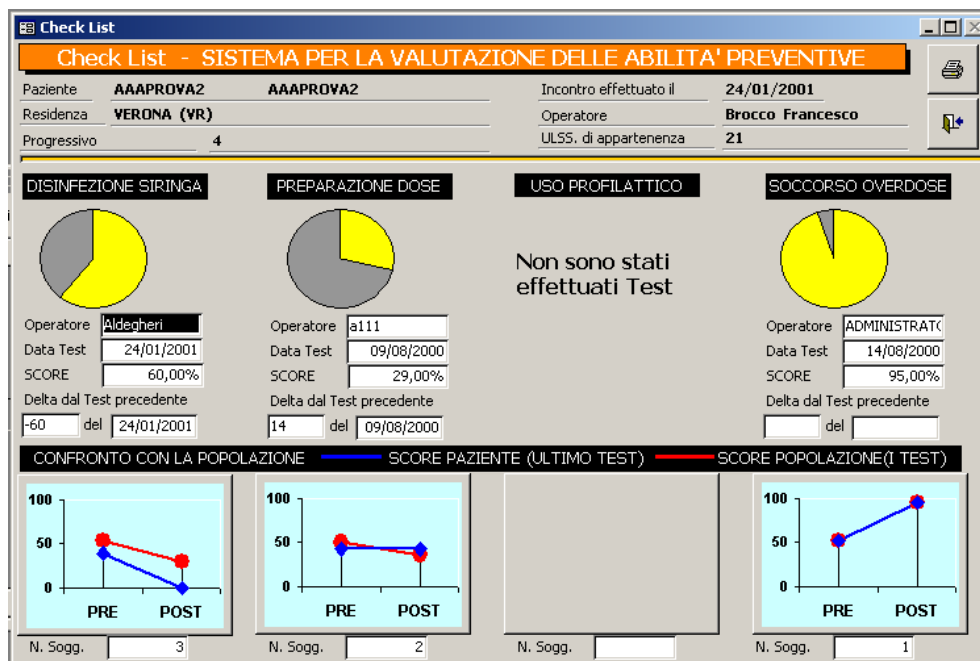
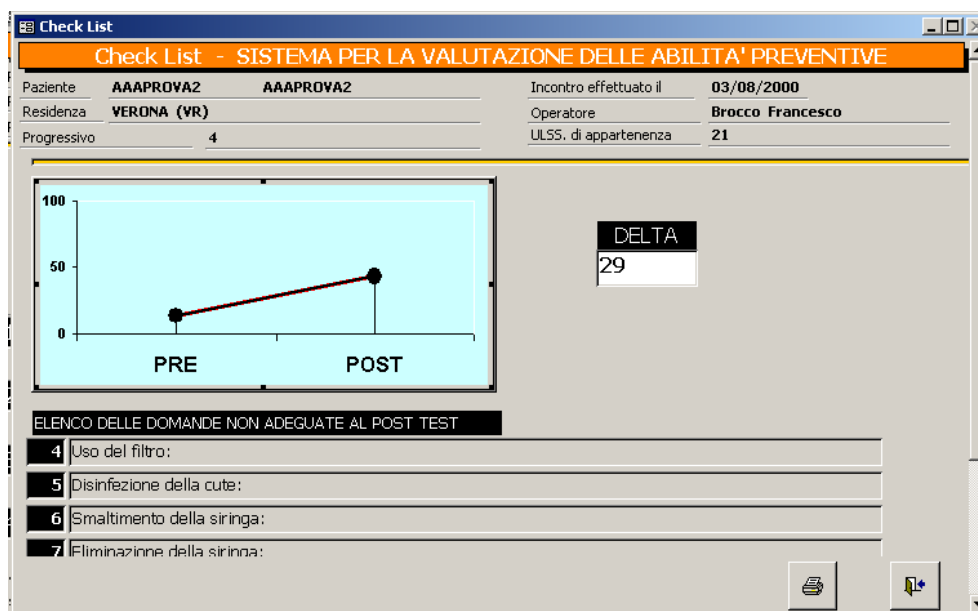


Fig. 32: Compilazione del test

ITEM	PRE	POST
1 Scelta del contenitore dove preparare la dose:	fialetta, cucchiaino disinfettato	cucchiaino non disinfettato, fondo di lattina, bottiglia e/o...
2 Disinfezione del cucchiaino:	immersione in alcool o candeggina	
3 Tipo di solvente utilizzato:	acido citrico o acetico	limone o altre sostanze
4 Uso del filtro:	filtro di sigaretta	cotone o altro

N.B. Consigliare al paziente che riutilizza più volte la stessa siringa di non farlo, oppure di disinfettare rapidamente la siringa anche subito dopo l'uso.

Fig. 33: Check list della valutazione delle abilità preventive



La lista diagnosi, collocata nella Gestione Clinica di mFp, è uno strumento che permette di associare delle diagnosi in forma sintetica ai clienti/pazienti presenti nella struttura.

DIAGNOSI

Le diagnosi possono essere scelte da una sintesi tratta dal DSM-IV e dall'ICD-X, oppure dall'elenco delle ultime inserite dai vari medici della struttura.

Le diagnosi sono catalogate in tre modi differenti:

- riferite (passate): riportate a voce dal cliente/paziente;
- documentate (passate): documentate con referti clinici dal cliente/paziente;
- osservate: segnalate dall'operatore (medico) alla presa in carico del cliente.

Nella schermata di inserimento/visualizzazione notiamo, nella parte sinistra, l'area che ci permette di inserire le diagnosi relative al cliente/paziente selezionato in precedenza.

Nella parte destra troviamo la lista delle diagnosi passate e attive già inserite, con indicazione del tipo di diagnosi, le date di inizio e di fine (se passate), il medico e la struttura che hanno individuato la singola diagnosi.

Per inserire una nuova diagnosi, compilare i dati partendo dal medico compilatore, la descrizione della diagnosi (libera oppure scelta dall'elenco sintetico DSM-IV e ICD-X o dalle recenti), la data di inizio, la data di fine se trattasi di diagnosi *passata*, la tipologia scelta dall'elenco per identificare la diagnosi per i report ministeriali, il tipo (riferita, documentata, osservata), il medico diagnosta e la struttura.

Al termine, confermare il tutto con il bottone verde "SALVA DIAGNOSI" per memorizzare i dati; la diagnosi così salvata apparirà nella corrispondente griglia di destra (passata o attiva).

In ogni momento sarà possibile, cliccando su una riga delle due griglie, modificare i dati relativi ad una singola diagnosi inserita in archivio, ad esempio per segnare la data di fine se una patologia è terminata.



Fig. 34: mFp-Lista diagnosi (principale)

Lista Diagnosi

Inserimento/modifica | Rappresentazione grafica

CLIENTE: AAAA AAA | CART. N°: 12 | U. FUNZIONALE: VALUTAZ. E RIC.

MEDICO COMPILATORE: | DATA AGGIORNAMENTO: 26/07/2001

DESCRIZIONE DIAGNOSI

ICD - DSM | INT | REC

DATA IN: 28/08/2001 | DATA OUT: 28/08/2001

☐ Data incerta

INQUADRARE LA DIAGNOSI FORMULATA NELLE MACRO CATEGORIE DEL MINISTERO DELLA SANITA' PER LA COMPILAZIONE DEL REPORT SECONDO IL D.M. DEL 20/09/97

SCEGLI: |

TIPO DIAGNOSI

Riferita (passata) | Docum. (passata) | Osservata

MEDICO DIAGNOSTA: | STRUTTURA: |

SALVA DIAGNOSI

DIAGNOSI PASSATE

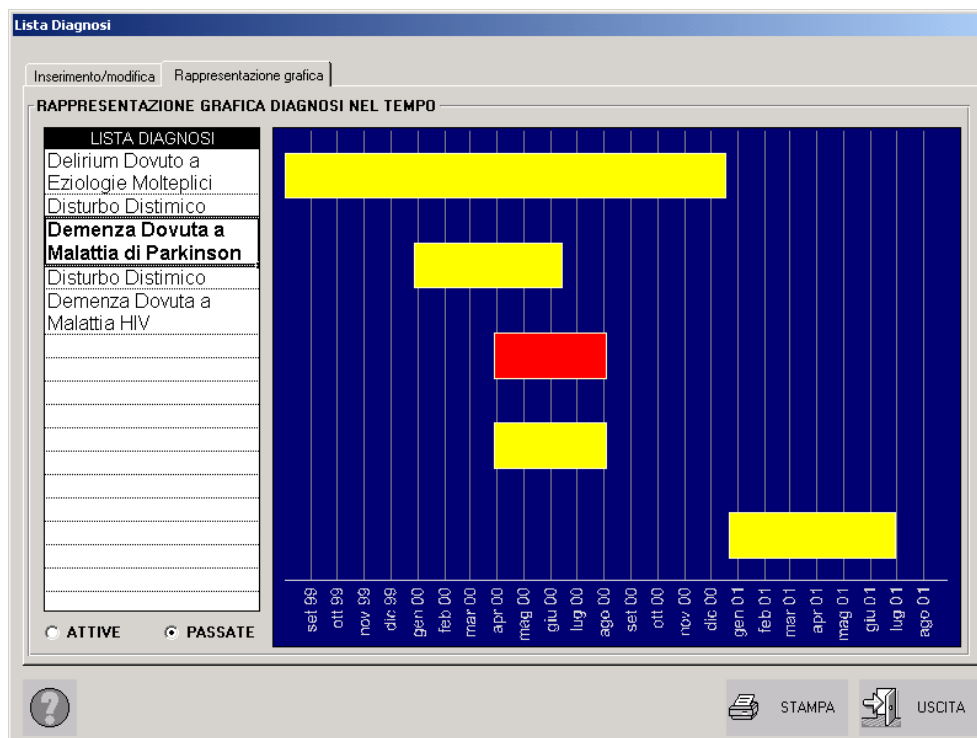
T.	DIAGNOSI	DATA IN	DATA OUT	MEDICO	STRUTTURA
R	Delirium Dovuto a Eziologie Molteplici	03/08/99	18/12/00	Bricolo	SerT 1
R	Disturbo Distimico	28/12/99	14/06/00	Bricolo	
R	Demenza Dovuta a Malattia di Parkinson	28/03/00	03/08/00	Bricolo	
R	Disturbo Distimico	28/03/00	03/08/00	Bricolo	
R	Demenza Dovuta a Malattia HIV	22/12/00	29/06/01	Bosco	

DIAGNOSI ATTIVE

T.	DIAGNOSI	DATA IN	MEDICO	STRUTTURA
D	Infezione HIV	16/12/99	Nardi	B. Roma
R	mal di testa	20/12/00	Generico	
D	ginecomastia	29/06/01	Serpelloni	,mb.jb.j.

STAMPA | USCITA

Fig. 35: mFp-Lista diagnosi (rappresentazione grafica)



Un'altra interessante funzione è la rappresentazione grafica delle diagnosi nel tempo.

In questa schermata, vediamo la rappresentazione in forma di grafico a barre orizzontali della disposizione delle diagnosi nel tempo. La griglia sulla sinistra elenca, a scelta, le diagnosi attive o passate. Il grafico sulla sinistra riporta l'andamento nel tempo delle singole patologie, dall'alto verso il basso.

Cliccando sulla lista si evidenzierà in rosso la barra relativa alla diagnosi selezionata.

Con il bottone "STAMPA" potremo stampare la schermata così come la vediamo a video.

Le diagnosi inserite con questo applicativo compariranno nella seconda pagina dell'anagrafica e nell'epicrisi T.D. del cliente/paziente, per una rapida e comoda consultazione.

F.A.R.M.

Sistema per la gestione delle terapie farmacologiche e il controllo dei metaboliti urinari

Questo modulo di mFp si occupa della gestione delle terapie farmacologiche e dei controlli urinari. Si tratta di un sistema in grado di aiutare e velocizzare il lavoro quotidiano del personale medico, infermieristico ed anche amministrativo all'interno di un servizio che si occupi di problemi sanitari legati alla somministrazione di farmaci al paziente.

Il presente modulo nasce da una collaborazione strettissima tra CDTech e il personale dei Ser.T. La versione attuale è una rielaborazione dell'applicativo GILDA realizzato al Ser.T. di Dolo per la gestione quotidiana delle problematiche legate alla somministrazione del metadone e alla stampa del registro di scarico. In seguito grazie alla collaborazione della Regione Veneto e del Ser.T 1 di Verona si è arrivati alla versione 2.0 del FARM.

Login

La fase di login è molto importante per motivi di sicurezza e per la gestione delle prestazioni erogate da ciascun operatore del servizio. Essa prevede la selezione del proprio nominativo da una lista di utenti del sistema e la digitazione della propria password segreta. Dopo tre tentativi non riusciti di accesso il sistema esce dalla fase di login e si riposiziona nel punto dell'applicativo dal quale si era partiti.

Per poter accedere quindi alle funzionalità del sistema bisogna innanzitutto essere accreditati; l'accreditamento è di norma eseguito dall'amministratore del sistema il quale inserisce il nominativo e la password all'interno di una tabella di sistema protetta da vari livelli di sicurezza.

Il cambiamento della password è di esclusiva competenza dell'amministratore di sistema.

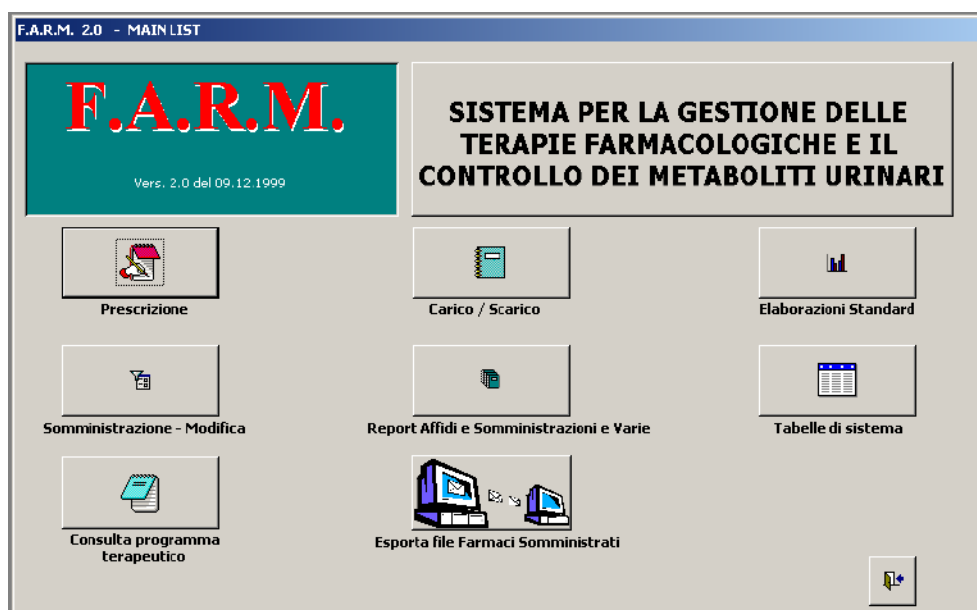
La Main List del modulo FARM è molto semplice e si riduce in una sequenza di tasti ordinati cronologicamente dall'alto in basso e da sinistra a destra. Si parte quindi con la prescrizione, quindi con la somministrazione e la consultazione del programma terapeutico, la stampa del registro di scarico, la stampa di vari report di riferimento, l'esportazione dell'elenco delle somministrazioni eseguite (in anonimato), una serie di elaborazioni statistiche e la gestione delle tabelle di sistema.



Fig. 36: Schermata introduttiva al modulo F.A.R.M.



Fig. 37: Menu principale di F.A.R.M.



Prescrizione programma terapeutico

La prima area di lavoro è relativa alla prescrizione dei farmaci sostitutivi e altri farmaci. Tale fase è riservata al solo personale medico del servizio protetta da password segreta da digitare in fase di login.

Fig. 38: Prescrizione dei farmaci sostitutivi e altri

La schermata si divide sostanzialmente in tre parti:

1. Selezione del cliente tramite appositi campi per la ricerca veloce del nominativo (parte superiore della form).
2. Visualizzazione del programma in modalità tabellare o grafica (parte centrale della form).
3. Generatore automatico del programma terapeutico (parte sinistra della form).

La selezione avviene parzializzando la scelta per unità funzionale (SERT, GRUPPO C, ALCOLOGIA ecc.)

Bisogna inoltre selezionare il tipo di farmaco sostitutivo da prescrivere. La personalizzazione delle tabelle contenenti la lista delle unità operative e dei farmaci sostitutivi è riservata all'amministratore del sistema. Dopo la selezione del cliente viene visualizzato il programma terapeutico corrente a carico del cliente stesso che descriveremo nel punto successivo. La selezione può avvenire ricercando il cliente per cognome oppure per codice di servizio, utile ad esempio nei casi di gestione in anonimato dei clienti: per cambiare la modalità di selezione basta cliccare sui pulsantini sopra il campo del cliente.

Visualizzazione del programma in modalità tabellare o grafica (parte centrale della form)

La scheda di prescrizione consente la visualizzazione del programma corrente a partire dalla data attuale fino ad arrivare alla *fine del programma* stesso (riportata in alto sopra il campo del cliente) oppure fino ad arrivare alla fine dei due mesi successivi al corrente mese. Questo si è rivelato essere un periodo di tempo idoneo per una prescrizione terapeutica media, e per una visione abbastanza dettagliata dello stesso. I tre mesi visualizzati sono suddivisi in varie colonne che vengono descritte di seguito:

- Giorno del mese.
- Dose prescritta da assumere al servizio (valore numerico).
- Tipo di affido/somministrazione; può assumere solo 4 valori:
 - a) S Assunzione al Servizio (il cliente deve presentarsi al servizio per la



- somministrazione)
- b) C Consegna della dose da affidare al paziente stesso o ad uno dei possibili referenti
 - c) T Consegna a Terzi della dose da affidare (per pazienti in carcere o presso altre strutture)
 - d) D assunzione presso il proprio Domicilio o comunque fuori dal Ser.T. Non è previsto che il cliente passi al servizio nei giorni contrassegnati dalla D.
- Dose da affidare al cliente o ai possibili referenti (valore numerico).
 - Controlli urinari prescritti (STD Standard; CTL Controllate; VIS a Vista).

I valori di queste colonne possono essere variati manualmente dall'operatore spostando il cursore con il mouse sul campo interessato oppure utilizzando il GENERATORE AUTOMATICO che viene descritto di seguito.

Generatore automatico del programma terapeutico (parte sinistra della form)

Il generatore automatico è diviso in varie sezioni, ciascuna con una funzione ben precisa che vengono ora descritte nel dettaglio.

PROFILI STANDARD

All'interno delle tabelle di sistema del FARM sono memorizzati tre profili di programmi terapeutici standard a breve, medio e lungo termine. Questi profili sono personalizzabili da ogni servizio andando a modificare molto semplicemente il contenuto della tabella relativa, attività anche questa riservata all'amministratore di sistema. Selezionando un profilo dalla casella di selezione apposita il programma visualizzato nella parte centrale della form cambia, adeguandosi alle specifiche del profilo appena selezionato e sostituendo eventuali valori precedentemente rappresentati. Questa è la prima modalità di creazione automatica di un programma terapeutico.

DOSAGGIO / AFFIDO

È possibile scegliere se effettuare una generazione del programma relativa alla dose di somministrazione o di affido. Una selezione esclude l'altra.

INTERVALLO IN GIORNI

Con questo numero (predefinito a 1) si setta l'intervallo in giorni tra una somministrazione e/o un affido e l'altro. È molto utile nel trattamento con farmaci tipo la BUPRENORFINA che consente somministrazioni a giorni alterni o comunque saltuarie.

DOSAGGIO FISSO E/O VARIABILE

Un'altra modalità automatica di creazione di un programma terapeutico consiste nello specificare una data di inizio, un dosaggio e una durata in gg; alla variazione del campo DURATA il programma verrà creato/aggiornato in base ai tre parametri appena citati e il campo "VARIABILE DAL" viene automaticamente aggiornato alla data di fine periodo dosaggio fisso.

Alla stessa maniera di prima possiamo impostare i parametri relativi al periodo di dosaggio variabile e cioè il campo Derc/Incr, Dose di arrivo, Q.tà di variazione, Freq. di var. al cambiamento dell'ultimo campo (Frequenza di variazione) il programma viene aggiornato seguendo fedelmente le impostazioni appena citate.

CONTROLLI URINARI

Per quanto riguarda i controlli urinari la sola cosa da fare è scegliere la data d'inizio e la frequenza dei controlli; il tipo di controllo predefinito è STD; i controlli verranno distribuiti nel periodo scelto in modo del tutto casuale con la sola avvertenza di evitare la giornata di domenica.

INSERIMENTO NOTE

Con questo tasto il medico prescrittore può inserire delle note per il giorno corrente che poi sono visibili a chi consulta il programma terapeutico.

AFFIDO

L'affido viene gestito da una scheda apposita alla quale si accede cliccando sul tasto AFFIDO in basso a destra. Questa scheda riporta il nominativo del paziente del prescrittore. La compilazione della scheda di affido è divisa in tre fasi distinte:

1. Individuazione dei criteri di inclusione; la possibilità di procedere con l'affidamento è legata alla presenza di situazioni le cui combinazioni (visibili cliccando sul punto interrogativo) consentono l'affidamento.
2. Una volta soddisfatti i criteri di inclusione si passa alla definizione del programma di affido settimanale con l'assegnazione giornaliera delle modalità di consegna, rispettando le quattro modalità previste da FARM (S, C, T, D).
3. Nella parte destra della scheda trova spazio l'elenco dei possibili referenti individuati dal cliente stesso e/o dall'operatore; il numero di referenti per uno stesso paziente è illimitato con la sola restrizione che consiste nel fatto di scegliere dalla lista un solo referente predefinito, condizione indispensabile per la stampa dei report di affido multipli che verranno discussi in seguito.
4. Al termine delle fasi precedenti si può scegliere di salvare le modifiche apportate al programma di affido e ritornare alla scheda precedente per una visione globale del programma terapeutico oppure di rifiutare il salvataggio delle modifiche e ritornare alla scheda di prescrizione.

Visualizzazione del programma in formato GRAFICO

Dalla scheda PRECRIZIONE è possibile visualizzare la rappresentazione grafica del programma terapeutico corrente o le modifiche ad esso apportate; è sufficiente cliccare sul tastino con il simbolo grafico e verrà visualizzato l'andamento della dose prescritta, di quella da affidare e i giorni in cui effettuare un controllo delle urine. Basta cliccare sul tastino con il simbolo della tabella per ritornare alla rappresentazione tabellare.

SALVATAGGIO DEL PROGRAMMA

Le modifiche apportate con le funzionalità descritte in precedenza non saranno effettive finché non viene effettuato il salvataggio del programma che avviene cliccando sul grosso tasto con le scritte rosse CONFERMA CREAZIONE PROGRAMMA. Se per qualsiasi motivo non viene eseguito il salvataggio nel momento di una nuova selezione di un cliente o dell'uscita dalla scheda Prescrizione verrà ricordato di effettuare la memorizzazione delle modifiche; si potrà scegliere di eseguire il salvataggio oppure di rifiutarlo lasciando inalterato il programma corrente del cliente fino a nuovi cambiamenti.

STAMPA DEL PROGRAMMA

Dalla scheda Prescrizione è possibile anche stampare un report dettagliato del programma che può essere molto utile come promemoria sia al cliente che all'operatore che lo segue. Basta premere il pulsante con raffigurata la stampante.

TRATTAMENTI

Con il tasto trattamenti si visualizza la griglia che rappresenta i vari periodi in cui il paziente ha seguito un programma terapeutico, dal quale può essere automaticamente escluso se non lo rispetta per 7 giorni consecutivi. L'esclusione automatica e la consecutiva conclusione anticipata del trattamento verrà discussa più avanti.

Variazione di un programma terapeutico passato

Questa operazione è molto delicata in quanto può andare ad intaccare dei valori di



dosi/affidi prescritte che possono influire ad esempio sul registro di scarico. Per questo motivo l'unica figura che può effettuare questa operazione è l'amministratore di sistema; se accediamo infatti come ADMINISTRATOR alla funzione di prescrizione viene abilitato il campo della data di riferimento in alto a destra; variando questa data il modulo FARM si posiziona nel tempo in corrispondenza della data scelta e consente quindi variazioni anche nella parte pregressa del programma terapeutico;

Attenzione: da utilizzare solo in casi di gravi errori nella generazione dei programmi terapeutici.

Cancellazione di un programma terapeutico

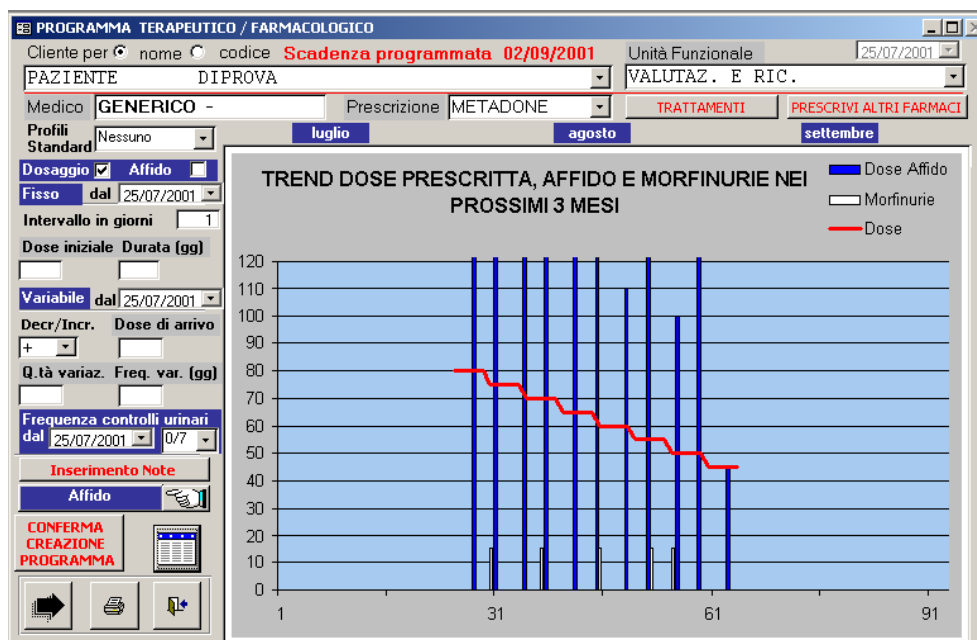
Se per errore avessimo sbagliato nella creazione di un programma terapeutico o per esempio avessimo sbagliato addirittura persona, FARM consente la cancellazione del programma terapeutico odierno e futuro; basta lasciare vuoto il campo della dose e stabilire un numero di giorni che corrispondono al periodo futuro relativo al programma che vogliamo eliminare.

Visualizzazione grafica del programma terapeutico

Premendo il pulsante Grafico/Tabella posto sopra il tasto di uscita possiamo visualizzare in forma grafica/tabellare il programma terapeutico che stiamo creando.

Per una scelta tecnica si è deciso di tagliare il grafico bloccando la dose massima rappresentabile a 120, per dare una maggiore omogeneità nella rappresentazione di programmi terapeutici diversi.

Fig. 39: Rappresentazione grafica e tabellare del programma farmaceutico



Prescrizione altri farmaci

Dalla scheda Prescrizione si accede, cliccando sul tasto **PRESCRIVI ALTRI FARMACI** alla scheda relativa alla prescrizione di altri farmaci, utili nella cura del cliente. Anche in questa situazione è stato previsto un **GENERATORE** per aiutare l'operatore nella creazione dei programmi. Nella parte sinistra troviamo infatti un insieme di campi la cui compilazione consente la generazione del programma: basta selezionare il farmaco (la lista è quella ministeriale), la durata del programma, la q.tà unitaria e totale, la forma e la via di somministrazione, e la frequenza. Confermando la creazione del programma, esso verrà visualizzato sulla parte centrale della scheda in una griglia in formato "excel". Su questa griglia è comunque possibile intervenire manualmente sui singoli campi e/o cancellare singole "righe" selezionando e premendo il tasto **CANC** come nei più comuni applicativi di office automation. È possibile anche la stampa del programma farmacologico creato.

Somministrazione farmaci

Dopo l'indispensabile fase di accreditamento alla quale possono accedere tutti gli utenti registrati presso il sistema mFp, viene presentata la scheda di lavoro dalla quale possiamo seguire l'intero percorso che il cliente segue nel periodo di presenza al servizio. La scheda è come al solito divisa orizzontalmente in tre settori, il primo dei quali è relativo alla fase di ricerca del cliente con i dati anagrafici del paziente e i parametri di ricerca, nel secondo viene presentato il programma (in VERDE quello passato, BLU quello odierno e ROSSO quello futuro), ed infine nella parte bassa della scheda vengono posti i tasti relativi a delle utility relative al programma stesso che descriveremo più avanti.

La fase di ricerca è identica in tutte le schede ed è già stata descritta in precedenza e quindi non ripetiamo la descrizione.

Fig. 40: Scheda prescrizione altri farmaci

PRESCRIZIONE PSICOFARMACOLOGICA

Scadenza programmata

Cliente: AAAPROVA2 AAAPROVA2 Unità funzionale: SERT

Medico: BROCCO FRANCESCO

Dosaggio

FARMACO: iniziale *

Del: 02/01/2001

Durata (gg):

Q.tà Unitaria:

Q.tà Tot:

Forma:

Via di somm.:

N volte: /

Elenco farmaci prescritti

[PROZAC 05 SOL. 60 ML 20 MG 5 ML]

Data	Prescrittore	Dose U	Dose Tot	Posologia	Orario
28/12/2000	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
29/12/2000	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
30/12/2000	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
31/12/2000	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
01/01/2001	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
02/01/2001	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
03/01/2001	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
04/01/2001	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
05/01/2001	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
06/01/2001	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
07/01/2001	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
08/01/2001	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
09/01/2001	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24
10/01/2001	BROCCO	1	3	1CPS OS. 3DIE	-8-16-24

GENERA PRESCRIZIONE

[Stampa] [Canc]



Fig. 41: Scheda rappresentativa del percorso di somministrazione farmacologica per cliente

PROGRAMMA TERAPEUTICO E PSICOFARMACOLOGICO - Operatore: Gitti Alessandra

Prescrizione: **Metadone** Unità funzionale: **SERT**

Clinite per ☒ nome ☐ codice: **AAAPROVA2** **AAAPROVA2**

Ultima nota del **28/12/2000** **YTYTTUUY**

TRATTAMENTI
ALTRI FARMACI

CALENDARIO			DOSE			CONTROLLO		URINARIO					PRES TAZIONI					Note							
Prog. giorno	Data	Somministratore	Modalità	Prescritta	Somministrata	Da affidare	Affidata	N. Flaconi	Routine Prog.	Tipo	Diurezione	Metadone	Cocaina	Altre	BD Z	Cannabis	Alcol		Medico	Psico	Ass. Soc.	IP	Educat.	Altro	
M 170	27/12/2000	Administrator	C	60	60	115	0																	4	
G 171	28/12/2000	Administrator	S	50	66	0	0		STD										2					4	
V 172	29/12/2000		S	50		0																		0	
S 173	30/12/2000		C	50		50																		0	
D 174	31/12/2000		D	50		0																		0	
L 175	01/01/2001		C	50		100																		0	
M 176	02/01/2001		D	50		0			STD															0	
M 177	03/01/2001		D	50		0																		0	
G 178	04/01/2001		S	50		0																		0	
V 179	05/01/2001		S	50		0																		0	
S 180	06/01/2001		C	50		50																		0	
D 181	07/01/2001		D	50		0																		0	
L 182	08/01/2001		C	50		100			STD															0	
MI 183	09/01/2001		D	50		0																		0	

Scadenza programmata 28/02/2001

Modifiche EXTRA NUOVE Prescrizioni TREND GRAFICI STAMPA AFFIDO STAMPA ESITI ESAMI

La parte centrale è invece il cuore del FARM: in questo contesto vengono registrati i valori che vengono somministrati e/o affidati al cliente seguendo la prescrizione terapeutica che obbligatoriamente deve essere stata creata in precedenza. Possiamo notare varie colonne, di cui le prime tre indicano il giorno della settimana, il progressivo relativo al trattamento corrente e la data. Viene quindi riportato il prescrittore e la modalità di somministrazione/affido, le coppie di colonne relative alle dosi prescritta e consegnata, dosi da affidare e affidata seguite dal numero dei flaconi consegnati. Di seguito viene riportata la sezione relativa ai controlli urinari, con il tipo di esame programmato e le modalità di esecuzione e (cliccando sul tasto Routine sopra la sezione) le colonne relative all'esecuzione e/o ai motivi di rifiuto. Di seguito vengono riportate le colonne relative agli esiti dei controlli urinari e il numero di prestazioni che il cliente ha avuto giornalmente suddivise per aree (MEDICHE, INFERMIERISTICHE, PSICOLOGICHE ecc.). Infine viene riportato un bottone che indica se vi sono delle note inserite e che comunque permette l'inserimento di note generiche, l'ultima delle quali viene riportata in rosso sotto la sezione di ricerca.

Solo alcune delle colonne citate sono aggiornabili dall'operatore mentre le altre sono riportate solo per riassumere la situazione. Ad esempio l'operatore non può variare il progressivo, la data e il nome del prescrittore, e nemmeno la dose da consegnare e/o da affidare.

Modalità di registrazione della quantità somministrata

Per quanto riguarda la quantità esiste un controllo sulla congruenza tra il prescritto e il somministrato. Sono previste tre modalità di controllo su tale congruenza, la cui impostazione è possibile effettuarla dalla sezione TABELLE DI SISTEMA.

1. **VARIAZIONE VIETATA.** In questa modalità l'operatore non può scostarsi dalla quantità prevista in fase di prescrizione e per apportare delle variazioni alla dose da consegnare bisogna cambiare direttamente la prescrizione.
2. **VARIAZIONE MOTIVATA.** In questa modalità di lavoro invece la variazione può essere riportata, a patto che venga riportata una motivazione che viene memorizzata assieme al nome dell'operatore che l'ha effettuata, in modo che nel futuro, in caso di

particolari controlli, si possa risalire alle motivazioni che hanno spinto l'operatore a tale azione.

3. **VARIAZIONE LIBERA.** In questo contesto invece la variazione è permessa e la dose somministrata e/o consegnata può differire da quella prescritta senza bisogno di motivazioni.

Ogni servizio adotterà la modalità di lavoro più congeniale alle proprie abitudini e alla propria organizzazione, fermo restando il fatto che il passaggio da una modalità all'altra è possibile in qualunque momento.

Questo tipo di controllo è necessario perché le informazioni memorizzate in questo contesto sono poi quelle che sono utilizzate per la stampa del registro di scarico, e quindi devono essere assolutamente certe e precise.

Nel momento dell'inserimento di un valore relativo al programma terapeutico la colonna somministratore assumerà il valore del nome dell'operatore che sta eseguendo tale operazione. Per visualizzare il prescrittore basta cliccare sul tasto in alto e si varia la visualizzazione, da prescrittore a somministratore e viceversa; la stessa cosa è possibile farla anche per i controlli urinari per memorizzare e/o inserire i motivi di rifiuto.

L'unica riga per la quale sono consentite le modifiche è quella relativa alla data odierna (BLU). Per i dati passati o futuri le modifiche non sono consentite tranne che per gli esiti degli esami fatti nei giorni precedenti.

Esiste però la possibilità per l'utente ADMINISTRATOR di modificare valori somministrati e/o affidati relativi anche ai giorni passati, questo per consentire di ovviare a dimenticanze e/o a situazioni non previste o prevedibili.

Nel momento di una selezione di un nuovo cliente o dell'uscita dalla scheda è previsto un ulteriore controllo che verifica che la quantità prevista sia stata memorizzata, in modo da evitare dimenticanze che possono incidere poi sui totali di giornata; viene infatti richiesto se si deve comunque continuare senza memorizzare la quantità somministrata e/o affidata.

Utility

In questo contesto sono state previste delle utility che facilitano il lavoro degli operatori come ad esempio il passaggio diretto dalla scheda somministrazione alla scheda prescrizione alla quale possono accedere, lo ricordiamo solo i medici.

Un'altra interessante funzione facilitante è quella che consente la visualizzazione del programma in corso in modalità grafica, con la rappresentazione del recente passato (45 gg) e dell'immediato futuro (45 gg) e dell'esito degli esami delle urine e della somministrazione e anche dell'aderenza al trattamento e agli altri farmaci.

È prevista poi la possibilità di stampare un report relativo all'esito dei controlli urinari effettuati nell'ultimo anno e anche un report relativo al programma in corso (Icona con stampante).

La funzione più interessante comunque è quella relativa alla stampa del modulo di affido, alla quale si accede con il tasto STAMPA AFFIDO; basta solamente selezionare dall'elenco dei possibili referenti un nominativo, con un doppio clic in corrispondenza della riga del referente, scrivere eventualmente delle note, e cliccare sul tasto rosso STAMPA REPORT AFFIDO. Automaticamente verrà stampato in duplice copia il foglio di affido, compilato in tutte le sue parti.

Somministrazione altri farmaci

Per la registrazione della somministrazione degli altri farmaci cliccare sul tasto ALTRI FARMACI e compare la scheda sulla quale memorizzare l'avvenuta somministrazione di altri farmaci; anche in questo caso deve essere presente una prescrizione corrente altrimenti non è possibile effettuare la registrazione.



Consultazione del programma

Questa parte serve solo alla consultazione del programma e ripresenta la stessa impostazione grafica della schermata relativa alla consultazione, con la sola avvertenza che non si possono apportare modifiche ai valori visualizzati.

Carico/Scarico

Con questa funzione gestiamo il registro di carico/scarico. Basta selezionare il farmaco in questione, e se vogliamo inserire un quantitativo per un carico selezioniamo il tasto CARICO e registriamo la quantità entrata, mentre se vogliamo stampare il registro di scarico clicchiamo sul tasto REGISTRO DI SCARICO e viene caricata la scheda relativa. In questa scheda viene riportata l'informazione relativa all'ultimo carico effettuato (DATA e QUANTITÀ); vengono riportati alcuni parametri dall'ultima pagina del registro di scarico stampata (data, giacenza, totali di entrate e uscite, ultimo progressivo e ultimo N. di documento) che possono essere variati premendo il tasto IMPOSTA PARAMETRI. Viene poi visualizzato il riepilogo della giornata, con il totale delle entrate e delle uscite ed eventualmente della quantità PERSA (eventuali flaconi rotti e quindi distrutti o altro).

Al termine della giornata di somministrazione, oppure a distanza anche di qualche giorno, è possibile quindi procedere alla stampa del registro che verrà visualizzato in anteprima e quindi stampato sui fogli che in precedenza il direttore del servizio o chi per lui avrà firmato e che compongono il nostro registro di scarico in bianco. Se per qualche motivo la stampa non dovesse andare bene (la carta si inceppa, finisce l'inchiostro della stampante, altri problemi tecnici, ecc...) bisogna annullare i fogli stampati contenenti gli errori, e dopo avere reimpostato i parametri descritti in precedenza, ristampare il registro.

Fig. 42: Registro di scarico metadone

REGISTRO DI SCARICO METADONE			
REGISTRO DI SCARICO			
ULTIMO CARICO		Data Richiesta	
Data carico	08/09/2000	25/12/2000	
Quantità carico	3000		
PARAMETRI PER LA STAMPA DEL REGISTRO		RIEPILOGO INFORMAZIONI SULLE QUANTITA' GIORNALIERE	
Data Ultima Stampa	03/11/2000	TOT PERSA	
Giacenza	22888	TOT SCARICO	225
Totale Entrate da Riportare	42818	TOT CARICO	0
Totale Uscite da Riportare	20230		
Ultimo Progressivo	182		
Ultimo N. Documento	14		
Imposta parametri		Stampa Registro	

Report vari

Per quanto riguarda i report che sono previsti all'interno del FARM non c'è molto da dire se non il particolare della presenza di una facilitazione presente nei report degli affidi (SCHEDE INDIVIDUALI AFFIDAMENTO e PREFESTIVO).

Prima della stampa di questi report viene fatta la domanda in cui si chiede se si vuole l'aggiornamento dei campi relativi alla dose somministrata e/o affidata per il giorno richiesto. Questo significa che rispondendo SI alla domanda i campi relativi alle colonne DOSE SOMMINISTRATA e DOSE AFFIDATA nella scheda SOMMINISTRAZIONE vengono automaticamente compilati con i valori prescritti per quel giorno. Se il paziente non si presenta a ritirare la quantità di farmaco affidata, bisogna quindi cancellare quei valori che in anticipo abbiamo deciso di aggiornare. Se viceversa non optiamo per l'aggiornamento automatico, ad ogni consegna del foglio di affido dobbiamo aggiornare i campi relativi alla dose somministrata e/o affidata. La scelta della modalità migliore dipende anche in questo caso dall'organizzazione del singolo servizio e comunque rimane la flessibilità della scelta che può variare giorno per giorno.

Fig. 43: Schermata di scelta della reportistica da stampare

The screenshot shows a window titled "REPORTISTICA" with the following elements:

- Data di riferimento per le stampe:** A date picker set to 22/01/2001.
- Medico di guardia:** An empty dropdown menu.
- Unità Funzionale:** A dropdown menu set to SERT.
- Prescrizione:** A dropdown menu set to Metadone.
- Report List:** A list of reports, each with a printer icon and a "N. gg" field:
 - Report SOMMINISTRAZIONE FARMACI SOSTITUTIVI (lista clienti)- N. gg
 - Report SOMMINISTRAZIONE ALTRI FARMACI (lista clienti) - N. gg
 - Report AFFIDAMENTO FARMACI (lista clienti)
 - SCHEDE INDIVIDUALI AFFIDAMENTO (singolo cliente)
 - SCHEDE INDIVIDUALI AFFIDAM. PREFESTIVO (singolo cliente) - N. gg
 - Report CLIENTI ASSENTI (lista clienti)
 - Report VARIAZIONI di PRESCRIZIONE (lista clienti)
 - Report PRESCRIZ Farmacologiche in scadenza (lista clienti)
 - Report CLIENTI PER MEDICO (lista clienti)
- Filter:** A dropdown menu at the bottom right set to TUTTI.
- Print Icon:** A small icon with a plus sign in the bottom right corner.

ELABORAZIONI STANDARD

Con questa funzionalità si costruiscono 4 schede riepilogative e di elaborazione statistica relativamente a 4 aree di lavoro nell'ambito medico.



Fig. 44: Matrice dose /t di trattamento per l'analisi dell'outcome

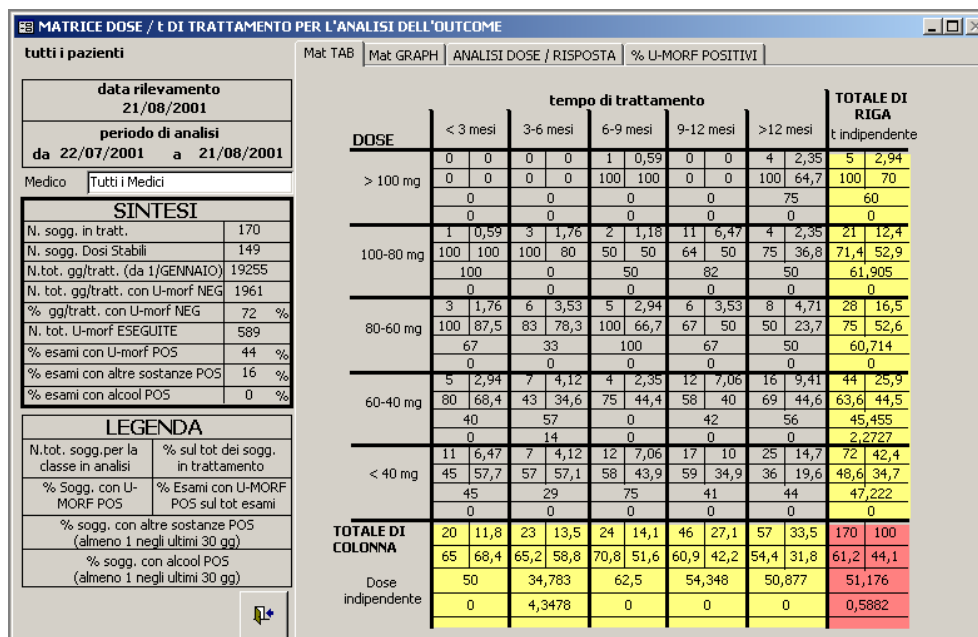


Fig. 45

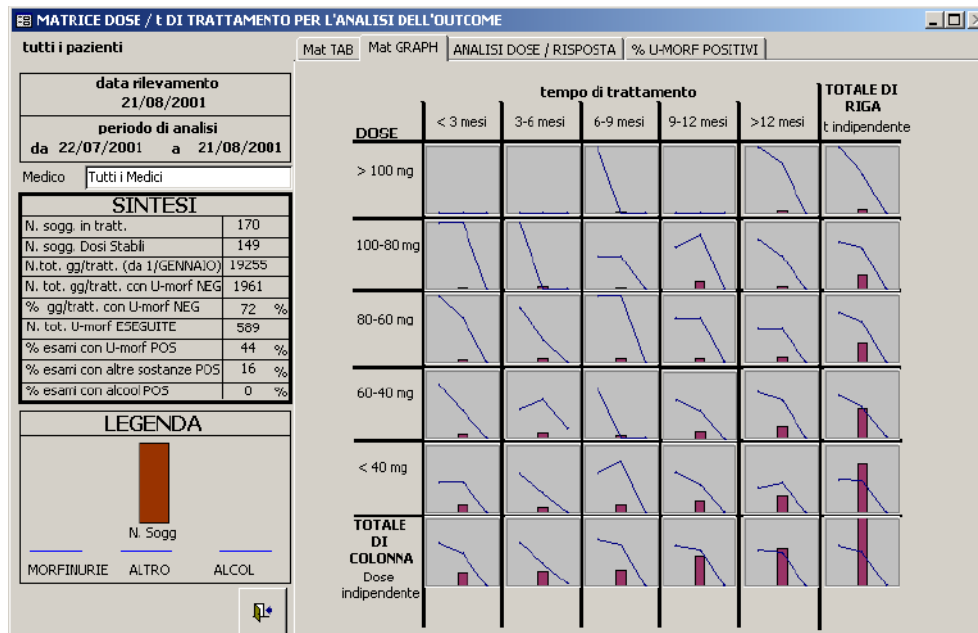


Fig. 46

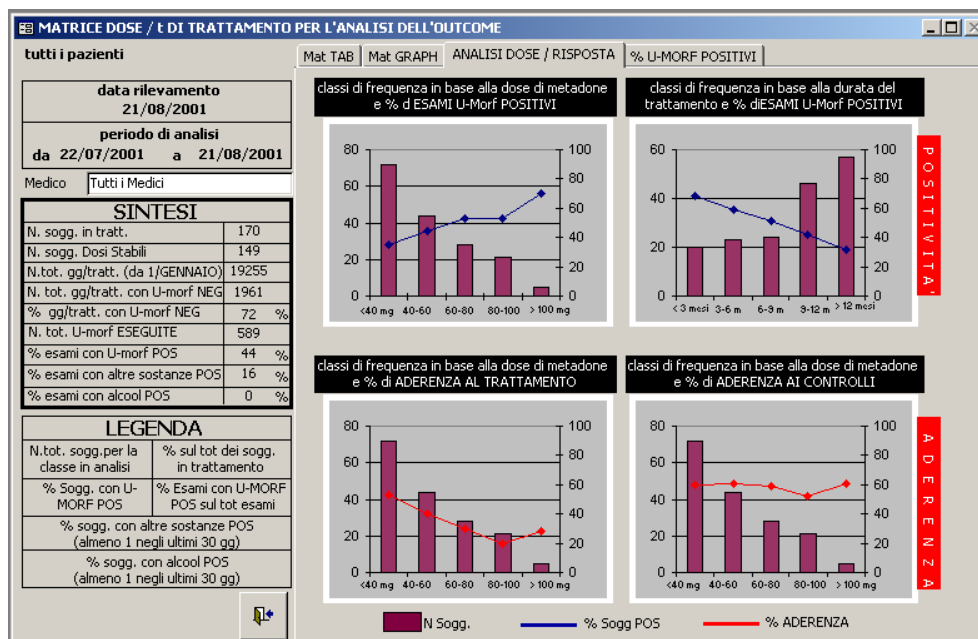


Fig. 47: Controllo affidamento metadone

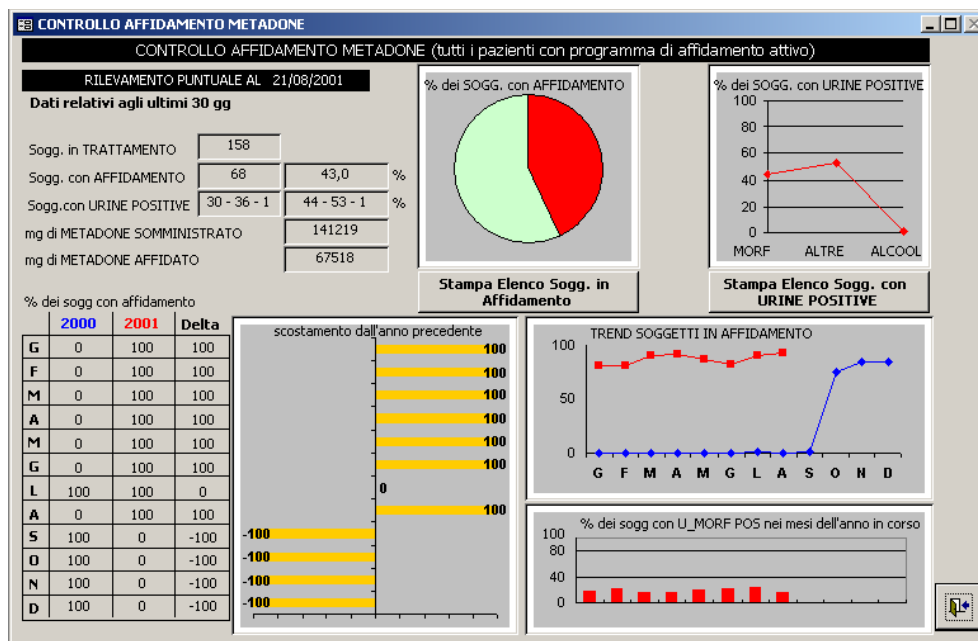
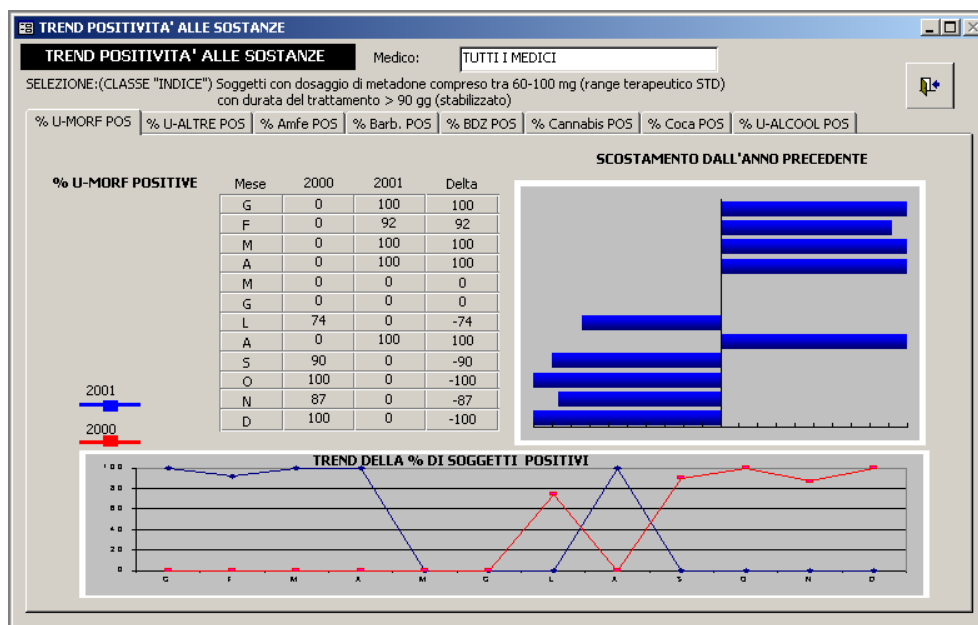
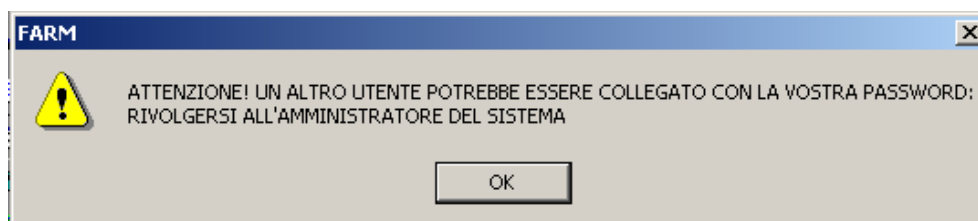


**Fig. 48: Trend positività alle sostanze****Utente già in uso**

Se il modulo FARM dovesse visualizzare un messaggio di questo tipo:

Fig. 49: Finestra di segnalazione di doppio collegamento con la medesima password

Può significare due cose:

1. Un'altra persona sta in quel determinato momento usando all'interno del servizio l'account che avete provato ad usare Voi. Accertatevi della situazione e ricordate che ad ogni operatore del servizio è stata assegnato un account e che quindi questa è senz'altro una situazione anomala e pericolosa e che può influire sulla sicurezza dei dati, sul conteggio delle prestazioni, ecc...
2. Il modulo non è stato chiuso correttamente l'ultima volta (per mancanza di tensione elettrica, blocco del computer, ecc...) Per sbloccare l'account bisogna entrare in Tabelle di sistema (solo l'ADMINISTRATOR può farlo), selezionare l'operatore che risulta bloccato, e sbloccarlo con l'apposito tasto di sblocco.

Tabelle di sistema

Con questa funzione ogni servizio può personalizzare le tabelle di sistema che sono relative a varie aree di lavoro:

- elenco terapie (metadone, monitoraggio, buprenorfina ecc...);
- elenco ministeriale dei farmaci;
- elenco dei tipi di esami cataboliti;
- personalizzazione dei programmi terapeutici a breve/media/lunga scadenza;
- modalità di variazione del programma terapeutico.

LAB

Sistema per la prenotazione, l'archiviazione e la valutazione degli esami di laboratorio

Questo modulo di mFp si occupa della prenotazione, archiviazione e successiva consultazione degli esami di laboratorio. È uno strumento molto utile quindi sia in fase di gestione quotidiana delle prenotazioni che può sostituire l'agenda cartacea o eventuali strumenti informatizzati esistenti; il modulo LAB infatti è stato espressamente ideato per assolvere *SOLO* al compito della prenotazione degli esami e non per altro; si tratta quindi di uno strumento molto specifico, che ha la pretesa di risolvere tutte le esigenze del servizio in questo delicato e dispendioso compito quotidiano.

Le fasi di lavoro sostanzialmente si possono riassumere in tre momenti distinti:

1. prenotazione;
2. archiviazione;
3. consultazione.

Naturalmente tra le fasi così sinteticamente individuate sono possibili altre operazioni quali possono essere la verifica e la stampa degli appuntamenti giornalieri e/o per paziente, la visualizzazione degli impegni giornalieri/settimanali/mensili, ecc...

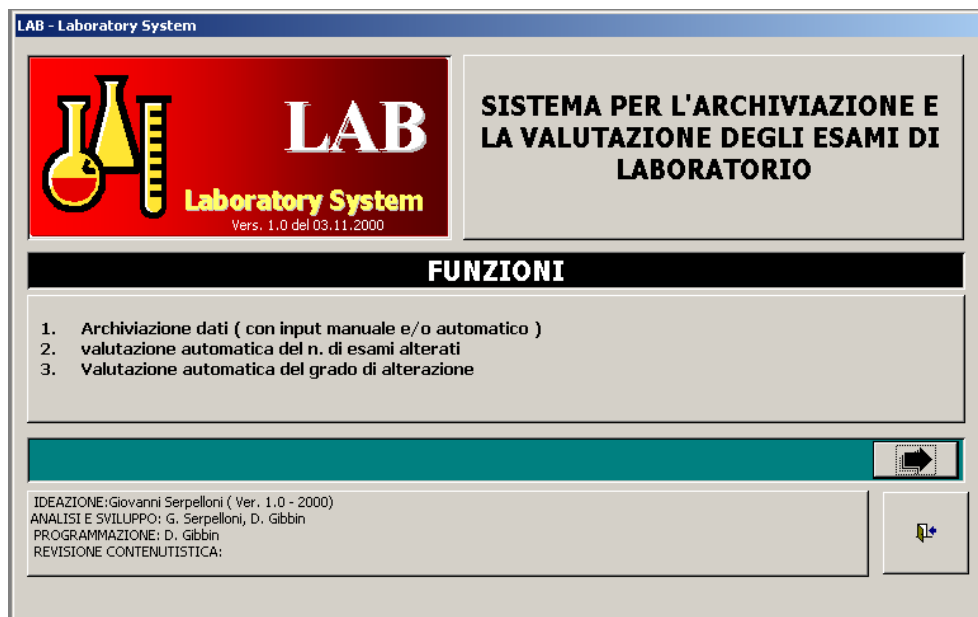
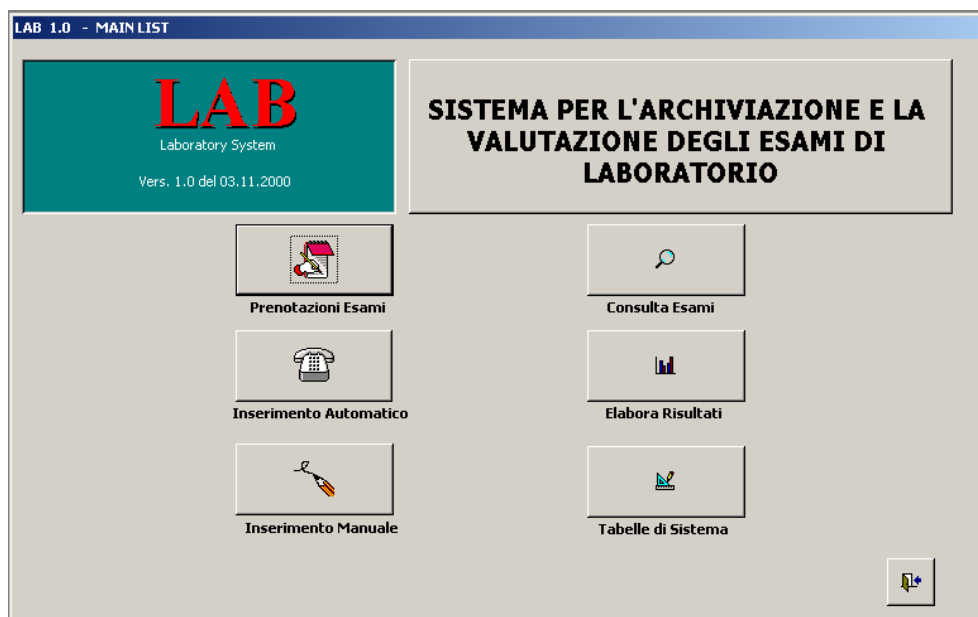
Login

La fase di login è molto importante per motivi di sicurezza e per la gestione delle prestazioni erogate da ciascun operatore del servizio. Essa prevede la selezione del proprio nominativo da una lista di utenti del sistema e la digitazione della propria password segreta. Dopo tre tentativi non riusciti di accesso il sistema esce dalla fase di login e si riposiziona nel punto dell'applicativo dal quale si era partiti.

Per poter accedere quindi alle funzionalità del sistema bisogna innanzitutto essere accreditati; l'accreditamento è di norma eseguito dall'amministratore del sistema il quale inserisce il nominativo e la password all'interno di una tabella di sistema protetta da vari livelli di sicurezza.

Il cambiamento della password è di esclusiva competenza dell'amministratore di sistema.

Come si può notare dalla figura 44 il menu principale di LAB è composto da sei tasti, ognuno dei quali consente l'accesso ad una funzione specifica. Delle funzioni previste, almeno inizialmente, la funzione "INSERIMENTO AUTOMATICO" non è implementata, in quanto la sua realizzazione dipende dalle specifiche che ogni singolo laboratorio deve fornire al servizio. Se il laboratorio mette a disposizione queste informazioni e consente il passaggio delle stesse in via automatica, (internet, e-mail, intranet, floppy disk, ecc...) l'inserimento verrà realizzato su misura per ogni singolo servizio aggiornando il modulo LAB e quindi la piattaforma multifunzionale mFp.

**Fig. 50: Schermata d'introduzione al modulo LAB****Fig. 51: Menu principale**

Prenotazione degli esami - modo 1

Accedendo alla prima funzione prevista, PRENOTAZIONE ESAMI, dopo la necessaria e consueta fase di accreditamento, viene visualizzata la finestra relativa alla prima fase della prenotazione degli esami. Essa si compone di tre sezioni:

Selezione del cliente

La selezione del cliente avviene seguendo le medesime modalità adottate in tutta la piattaforma mFp e cioè selezionando un nominativo o un codice dalla lista che viene presentata e che viene preventivamente filtrata estraendo solo i clienti appartenenti all'unità funzionale scelta. Dopo la selezione vengono visualizzati i principali dati anagrafici del paziente.

È anche possibile scrivere sul campo cliente il cognome e automaticamente il sistema completa il nominativo con la prima corrispondenza presente in archivio.

Fig. 52: Schermata per la prenotazione degli esami di laboratorio

Fig. 53: Prescrizione esami

Prenotato	Routine	Gruppo	Gruppo Funzionale	Codice Esame	Descrizione	U. mis.
☐	ROUTINE BIOCHIMICA	EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		leucociti	migliaia/mmc
☐	ROUTINE BIOCHIMICA	EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		eritrociti	milioni/mmc
☐	ROUTINE BIOCHIMICA	S- PROT. TOT. + ELETTROFORESI	ESAMI EMATOLOGICI		albumina	g/l
☐	ROUTINE BIOCHIMICA	S- PROT. TOT. + ELETTROFORESI	ESAMI EMATOLOGICI		alfa2	g/l
☐	ROUTINE BIOCHIMICA	S- PROT. TOT. + ELETTROFORESI	ESAMI EMATOLOGICI		beta	g/l
☐	ROUTINE BIOCHIMICA	S- PROT. TOT. + ELETTROFORESI	ESAMI EMATOLOGICI		albumina	%rel
☐	ROUTINE BIOCHIMICA	S- PROT. TOT. + ELETTROFORESI	ESAMI EMATOLOGICI		alfa1	%rel



Selezione degli esami da prenotare

Per la selezione degli esami che il cliente deve effettuare bisogna cliccare sul tasto "PRESCRIZIONE ESAMI" e si passa alla scheda dalla quale si selezionano le routine e/o i singoli esami.

In questa scheda vengono riportati i dati anagrafici del cliente selezionato e vengono visualizzate due liste, una per le routine e una sottostante degli esami raggruppati per routine. Le possibilità di selezione sono due:

1. SELEZIONE DI TUTTI GLI ESAMI DI UNA O PIÙ ROUTINE, selezionando la/e routine dalla lista apposita che diventeranno nere e cliccando sul tasto "PRESCRIVI ESAMI ROUTINE SELEZIONATE". Dopo il clic sul tasto, nella lista sottostante gli esami appartenenti alle routine evidenziate verranno segnati come prenotati.
2. SELEZIONE DI UN SINGOLO ESAME, la seconda modalità di selezione invece comporta la selezione del singolo esame dalla lista cliccando sul campo "PRENOTATO" sul quale compare il simbolo "v".

Per annullare una selezione singola basta cliccare sul campo "PRENOTATO", mentre per annullare tutte le prenotazioni degli esami appartenenti ad una determinata routine bisogna selezionare la routine e cliccare sul campo "ANNULLA PRESCRIZIONE ESAMI ROUTINE SELEZIONATE".

Per uscire e confermare la selezione degli esami cliccare sul tasto "SALVA ED ESCI" mentre per uscire senza salvare la selezione cliccare sul tasto "ANNULLA ED ESCI".

Selezione della data in cui effettuare l'esame

Dopo la selezione del cliente e degli esami che vogliamo somministrargli, si deve selezionare la data in cui effettuare tali esami; per default quando si accede a questa scheda viene presentata la data odierna ma è possibile cambiarla dal campo DATA; è consentito anche la memorizzazione dell'orario e l'inserimento di alcune note libere che possono essere necessarie per ricordare qualche particolare relativo alla persona o agli esami da effettuarsi.

Dopo la selezione del cliente, degli esami e della data possiamo salvare la prenotazione cliccando sul tasto "SALVA PRENOTAZIONE".

Utilizzo dell'agenda

Se non ricordiamo gli impegni del giorno per il quale desideriamo effettuare la prenotazione, LAB propone uno strumento molto utile e intuitivo: l'AGENDA. Questo rispecchia in pieno il modo di lavorare attuale ossia la consultazione della nostra agenda tradizionale cartacea, con la sola ma importante differenza relativa alla velocità di utilizzo.

In questa schermata vengono riportata in alto a sinistra la data selezionata, e a seconda della modalità selezionata la possibilità di avanzare o retrocedere di un mese, una settimana o un giorno.

Nella modalità MESE vengono riportate 5 settimane (35 gg) rappresentati da dei rettangoli all'interno dei quali sono riportati i numeri relativi alle prenotazioni, ai posti liberi e agli eventuali overbook (vedi LEGEDA in alto a destra). I rettangoli dei giorni sono di norma VERDI ma si colorano di ROSSO se il numero delle prenotazioni supera il limite MAX consentito (parametro personalizzabile dalle tabelle di sistema). L'operatore ha quindi una immediata percezione della possibilità di effettuare una prenotazione in un determinato giorno; la selezione del giorno avviene semplicemente variando la data in alto a sinistra oppure cliccando con il mouse sul numero del giorno stesso che si colora di GIALLO pastello e viene riportato in alto a sinistra.

Nella modalità SETTIMANA invece vengono riportati i sette giorni della settimana relativi alla data selezionata e appaiono sette colonne contenenti le informazioni più dettagliate relativamente alle prenotazioni inserite in archivio: progressivo giornaliero prenotazione, nome

paziente e orario.

Nella modalità GIORNO invece il dettaglio aumenta e le informazioni relative alla singola prenotazione sono: progressivo giornaliero prenotazione, orario, nome paziente, sesso, data di nascita, ULSS e operatore che ha effettuato la prenotazione.

L'AGENDA è solo uno strumento per la ricerca della data e quindi una volta terminata la ricerca e selezionata la data libera si deve ritornare alla scheda precedente per la conferma della prenotazione.

Fig. 54: Agenda prenotazioni

PRENOTAZIONI ESAMI EMATOCHIMICI - Brocco Francesco

Data appuntamento: 29/01/2001

Legenda: PRENOTATI LIBERI OVERBOOK

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
29 Gennaio	30	31	1 Febbraio	2	3	4
		1 4 0	5 0 1			
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	1 Marzo	2	3	4

Prenotazione degli esami - modo 2

Il secondo modo per prenotare un esame è il seguente: dalla scheda AGENDA descritta in precedenza bisogna selezionare la data desiderata per la prenotazione e fare DOPPIO CLIC sul giorno selezionato (SUL RETTANGOLINO GRIGIO CHE RIPOSTA IL NUMERO DEL GIORNO).

In questa maniera si accede alla finestra APPUNTAMENTI la quale è divisa verticalmente in due parti: a destra vengono riportate le informazioni contenute nella scheda "NUOVO APPUNTAMENTO" descritta all'inizio e dalla selezione del cliente e degli esami con le modalità descritte. A sinistra invece viene riportato l'elenco degli appuntamenti per il giorno selezionato che viene mostrato in modo evidente sotto il titolo della finestra stessa. Per salvare una nuova prenotazione, dopo la scelta del cliente e degli esami basta cliccare sul tasto raffigurante il FLOPPY DISK.

Da questa scheda è possibile stampare il report degli appuntamenti giornalieri, utile per avere un promemoria da distribuire o da consultare off-line; basta premere sul tasto con l'icona della stampante per produrre questo report.

**Fig. 55: Finestra appuntamenti**

APPUNTAMENTI Giorno 01/02/2001

NUOVO APPUNTAMENTO

Cliente: AAAPROVA2 AAAPROVA2

Codice: 4 Nato: 14/12/1973 ULSS: 21

Tel.: 11233232

Residente: VIA GIULIARI, 43

Prescrizione esami

Esami Selezionati

Ora Inizio: 08.00 Ora Fine: 08.30

Note

Appuntamenti del giorno

Ora Inizio	Cliente	Codice Lab.	ESEGUITO
08.00	AAAPROVA2		☐
08.00	ABUUPQJ		☐
08.00	APOUB		☐
08.00	BCCB		☐
08.00	BOOFDIOJ		☐
08.00	BOUPMJOJ		☐

Fig. 56: Finestra per la registrazione degli esami effettivamente eseguiti

APPUNTAMENTI Giorno 01/02/2001

DETTAGLIO APPUNTAMENTO

Cliente: abuuipoj Bohfmp

Codice: 296 Nato: 30/05/1956 ULSS:

Residente: VIA BOVO, 17

Esami Selezionati: leucociti, eritrociti, albumina, alfa2, beta

Ora Inizio: 08.00 Ora Fine: 08.30

Operatore: Brocco

Note

Esci da Dettaglio

Appuntamenti del giorno

Ora Inizio	Cliente	Codice Lab.	ESEGUITO
08.00	AAAPROVA2		☐
08.00	ABUUPQJ		☐
08.00	APOUB		☐
08.00	BCCB		☐
08.00	BOOFDIOJ		☐
08.00	BOUPMJOJ		☐

Registrazione degli esami eseguiti

Questa scheda può essere utile anche nella fase successiva alla registrazione degli esami effettivamente eseguiti: si accede dall'agenda selezionando la data e si registrano nella lista degli appuntamenti del giorno tutti gli esami effettivamente eseguiti ed eventualmente anche il

CODICE DI LABORATORIO assegnato.

Inoltre con un doppio clic su una riga della lista appuntamenti possiamo visualizzare il dettaglio dell'appuntamento con le informazioni relative a quali esami sono stati prenotati, chi ha effettuato la prenotazione e le eventuali note che sono state scritte in fase di prenotazione che possono essere molto utili durante l'esecuzione dell'esame di laboratorio.

Ricerca appuntamenti per cliente

Una funzione molto utile e usata molto frequentemente è quella relativa alla ricerca degli appuntamenti in carico ad un singolo cliente. In LAB è prevista questa funzione e la possiamo richiamare dalla scheda "NUOVO APPUNTAMENTO" descritta all'inizio cliccando sul tasto con la lente di ingrandimento posizionato nella sezione contenente i dati anagrafici del cliente. La pressione su questo tasto visualizza la scheda rappresentata di seguito che riporta la lista degli appuntamenti che il nominativo selezionato ha in carico a partire dalla data odierna.

Da questa scheda è anche possibile confermare l'esecuzione dell'esame e attribuire all'esame stesso un codice laboratorio analogamente a quanto avviene nella sezione REGISTRAZIONE DEGLI ESAMI ESEGUITI descritta in precedenza. Si tratta in definitiva di una modalità diversa di fare la stessa cosa: in questo contesto si seleziona il nominativo e si inseriscono le informazioni (ESAME ESEGUITO, CODICE LABORATORIO), nella sezione precedente invece si seleziona la data e si inseriscono le medesime informazioni. Ogni operatore sceglierà il modo di operare che più gli piace senza che questo vada ad influire sulla funzionalità e soprattutto sul modo di lavorare degli altri operatori.

Fig. 57: Finestra per la ricerca degli appuntamenti relativo il cliente X

The screenshot shows a software window titled "LISTA APPUNTAMENTI". At the top, there's a date field set to "29/01/2001" and a title bar "Lista Appuntamenti per cliente". Below this, a section titled "SELEZIONA UN CLIENTE DALL'ELENCO DELLE PERSONE IN CARICO ALL'UNITA' FUNZIONALE" contains a search bar with "AAAPROVA2" and a "SERT" button. To the right, fields for "Codice" (296), "Nato" (30/05/1956), "Residente" (VIA BOVO, 17), "Tel.", and "ULSS" (20) are visible. The main part of the window is a table with the following columns: "Data Prenotazione", "Data Esame", "Ora Appuntamento", "Operatore", "Codice Laboratorio", and "Eseguito".

Data Prenotazione	Data Esame	Ora Appuntamento	Operatore	Codice Laboratorio	Eseguito
16/01/2001	31/01/2001	08.00	Brocco		☐
29/01/2001	01/02/2001	08.00	Brocco		☐

Inserimento manuale

Da questa scheda si inseriscono gli esiti degli esami che provengono dal laboratorio in forma cartacea. Bisogna selezionare la data dell'esame in alto a destra e il cliente, oppure inserire direttamente il codice laboratorio che deve essere stato preventivamente inserito al momento dell'esecuzione dell'esame. Dopo la fase di ricerca, (per cliente-data oppure per codice laboratorio) viene presentata la lista degli esami eseguiti e nella colonna "ESITO"



verranno inseriti i risultati degli esami. Per ogni esame vengono riportate le informazioni relative al gruppo funzionale al quale l'esame appartiene e l'unità di misura con i limiti superiore e inferiore per le tre categorie previste (maschi, femmine, bambini). Queste informazioni devono essere caricate dall'amministratore di sistema dalla sezione "TABELLE DI SISTEMA" e possono essere personalizzate da ogni servizio che ha in dotazione il modulo LAB.

Fig. 58: Finestra per l'inserimento manuale degli esiti degli esami

ESAMI DI LABORATORIO

INSERIMENTO MANUALE DEGLI ESITI DEGLI ESAMI EFFETTUATI IN DATA: 23/07/2001

SELEZIONA UN CLIENTE IN CARICO ALL'UNITA' FUNZIONALE: TOSSICODIPENDENTI

Cliente: ☐ nome ☐ codice

Residente: AIO ANGELO

Codice:

Nato: 23/07/1946

Tel.:

ULSS: 19

Ricerca per codice laboratorio:

Gruppo FUNZ. ▲

Gruppo FUNZ. ▲	Descrizione	Esito	Positivo / Negativo	U mis 1	Lim inf M	Lim SUP M	Lim inf F	Lim S
ESAMI ENATOLOGICI	peso specifico				1,005	1,025		
ESAMI ENATOLOGICI	esame del sedime...							
ESAMI ENATOLOGICI	miceti e leviti (l.far.)							
ESAMI ENATOLOGICI	albumina			g/l	37	50	37	
ESAMI ENATOLOGICI	alfa1			g/l	2	5	2	
ESAMI ENATOLOGICI	alfa2			g/l	3	8	3	
ESAMI ENATOLOGICI	beta			g/l	6	9	6	
ESAMI ENATOLOGICI	gamma			g/l	7	14	7	
ESAMI ENATOLOGICI	albumina			%rel	54,7	68,7	54,7	
ESAMI ENATOLOGICI	alfa1			%rel	3,7	7,8	3,7	

Inserimento degli esiti senza prenotazione

Se la prassi del servizio non comprende la prenotazione degli esami, o se la prevede con una gestione diversa da mFp è comunque possibile registrare gli esiti per l'esame effettuato in una particolare data: basta selezionare la data dalla casella in alto a destra e cliccare sul tasto posto a fianco della data stessa. Il sistema si predispone per l'inserimento degli esiti di tutti gli esami previsti, vedi le tabelle di sistema per l'elenco completo degli esami. In questo modo si evita il passaggio dalla prenotazione dell'esame anche se comunque rimane consigliato l'utilizzo per una corretta gestione della fase di laboratorio.

Consultazione degli esami effettuati

Questa funzione consente la consultazione degli esiti degli esami effettuati e inseriti all'interno del modulo LAB e permette la semplice visione degli esiti senza dare la possibilità di apportare variazioni ai valori inseriti. Le modalità di ricerca degli esami rimangono quelle descritte in precedenza per la fase di inserimento.

Elabora graficamente i risultati

Con questa funzione si possono visualizzare in forma grafica e confrontare simultaneamente i risultati di uno o due esami specifici mostrando a video gli esiti degli esami effettuati negli ultimi 90 giorni a partire dalla data di riferimento che è comunque impostabile

dall'utente (il valore predefinito è la data corrente).

Dai due campi (uno rosso e l'altro blu) si possono selezionare i tipi di esami da visualizzare graficamente e dopo la selezione, se in memoria risultano inseriti i valori relativi ne verrà tracciato il grafico.

Fig. 59: Finestra per la costruzione dei grafici rappresentativi degli esiti degli esami

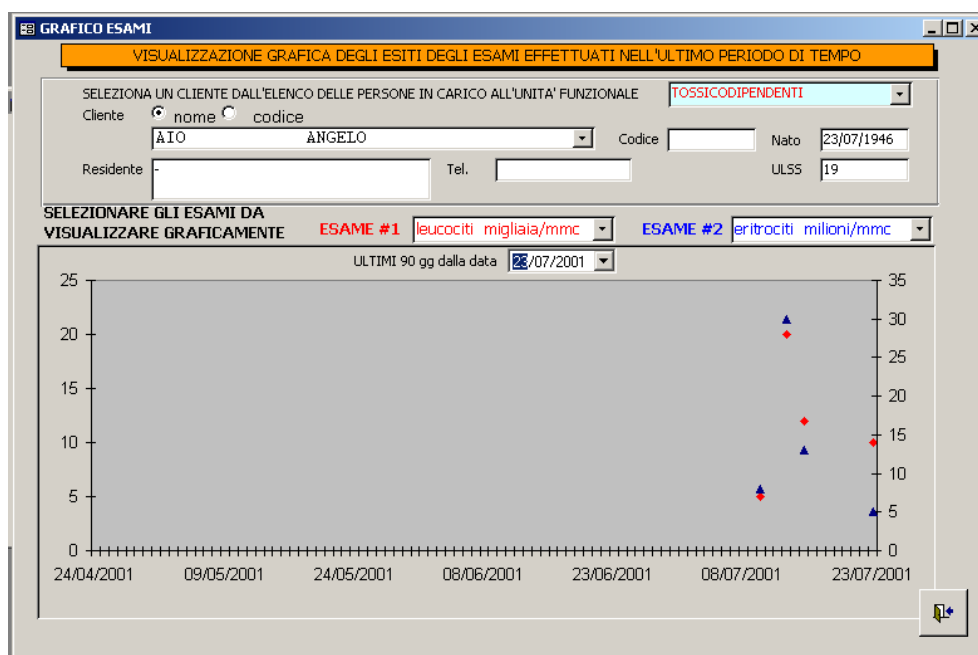


Tabelle di sistema

Dalla prima tabella di sistema si possono modificare subito il numero MASSIMO delle prenotazioni giornaliere ed il numero MASSIMO di OVERBOOK giornalieri. Si possono inoltre impostare i valori che corrispondono agli esiti degli esami che non necessitano di esiti numerici ma solo POSITIVI/NEGATIVI.

Quindi si può accedere alle altre tabelle di sistema per l'inserimento e/o la modifica degli elenchi dei GRUPPI, GRUPPI FUNZIONALI e delle ROUTINE.



Fig. 60: Impostazione del numero massimo di overbook

TabelleSistema : Maschera

TABELLE DI SISTEMA PREVISTE PER IL SISTEMA LAB

Numero MAX PRENOTAZIONI:

Esiti:

Esiti
SI
NO
DA RIPETERE

Numero MAX OVERBOOK:

Clicca questo tasto per accedere alle tabelle relative alle ROUTINE, ai GRUPPI DI ESAMI e ai GRUPPI FUNZIONALI: **Gruppi e Routine**

Clicca questo tasto per accedere alla tabella relativa agli ESAMI DI LABORATORIO: **Esami di laboratorio**

Clicca questo tasto per accedere alla tabella relativa alla relazione tra ROUTINE ED ESAMI: **Routine ed Esami**

Fig. 61: Esempio di intervento per la modifica degli elenchi gruppi, gruppi funzionali, routine

TABELLE DI SISTEMA

Elenco delle ROUTINE previste presso il Servizio

Codice	Descrizione	Note
932	ROUTINE DI SCREENING	
920	ROUTINE BIOCHIMICA	
923	ROUTINE EPATOLOGICA	
933	ROUTINE MENSILE	
920	ROUTINE TRIMESTRALE	

Record: 1 di 5

Elenco dei GRUPPI di esami previsti presso il Servizio

Codice	Descrizione	Tipo Provetta	Note
	EMATOLOGIA	tappo viola piccola	
	B-VES	tappo nero	
	B-HB GLICATA	tappo viola piccola	
	BIOCHIMICA	tappo giallo piccola	
	S- PROT. TOT. + ELETTROFORESI	tappo rosa trasparente	
	COAGULAZIONE	tappo azzurro	

Record: 1 di 13

Nella scheda successiva è possibile inserire/modificare l'elenco degli esami con tutti i parametri relativi (UNITÀ DI MISURA E LIMITI MAX e MIN per le varie categorie). Ogni esame deve essere associato ad un gruppo ed ad un gruppo funzionale; basta selezionare dalla colonna "Gruppo" e "Gruppo FUNZ." il gruppo che vogliamo associare all'esame corrente.

Fig. 62: Elenco esami di laboratorio e relativi parametri

ESAMI DI LABORATORIO

Tabella degli esami di laboratorio previsti presso il Servizio

Gruppo A	Gruppo FUNZ.	Codice	Descrizione	U mis 1	Lim inf M	Lim SUP M	Lim inf F	Lim
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		leucociti	migliaia/mmc	4	9	4	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		eritrociti	milioni/mmc	4,5	6,3	4,2	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		emoglobina	gr/dl	14	18	12	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		ematocrito	%	41	51	37	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		mcv	fl	80	97	80	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		mch	pg	26	32	26	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		mchc	gr/dl	31	36	32	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		rdw	%	11,5	14,5	11,5	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		piastrine	migliaia/mmc	155	450	155	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		neutrofili	%	40	75	40	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		linfociti	%	20	45	20	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		monociti	%	0	10	0	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		eosinofili	%	0	6	0	
EMATOLOGIA	ESAMI EMATOLOGICI		basofili	%	0	1,5	0	

Ogni esame può inoltre essere associato ad una o più routine. Per fare queste associazioni bisogna accedere alla tabella seguente, (terzo tasto della scheda principale "TABELLE DI SISTEMA"), e selezionare una routine; nell'elenco che viene proposto bisogna inserire gli esami che appartengono alla routine. La selezione è facilissima e non consente errori in quanto la scelta avviene dall'elenco degli esami presente in archivio e non è consentito un inserimento libero diverso.

È importante sottolineare che un singolo esame può essere associato a più routine contemporaneamente.

Fig. 63: Definizione delle routine

TAB_ROUTEA : Maschera

ASSOCIAZIONE DI UNA ROUTINE AD UN INSIEME DI ESAMI

SELEZIONARE UNA ROUTINE

ROUTINE BIOCHIMICA

Elenco degli esami associate alla routine selezionata

- leucociti migliaia/mmc
- eritrociti milioni/mmc
- albumina g/l
- alfa2 g/l
- beta g/l
- albumina %rel
- alfa1 %rel

Record: 1 di 7



LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI

Partiamo con l'individuare le caratteristiche del modulo in oggetto, di cui daremo un successivo apprendimento:

- interfaccia utente *semplice ed intuitiva*, nell'inserimento giornaliero come nella generazione e visualizzazione dei report;
- utilizzo di *tabelle standard* istituzionali per le codifiche delle prestazioni erogabili, comprendenti le codifiche regionali e personalizzabili a piacere dalla struttura;
- integrazione con l'intera piattaforma *mFp*, con *scarico automatico delle prestazioni* generate mediante gli strumenti clinici e di gestione in essa contenuti;
- output dei dati raccolti in formati cartacei (report) standard e su file ASCII documentati.

Il sistema di gestione delle prestazioni si basa sul potente database relazionale di mFp, consentendo quindi ricerche ed analisi in tempo reale su tutto lo storico delle prestazioni registrate. Come già evidenziato, permette anche l'esportazione in formato ASCII delle prestazioni erogate ai clienti/pazienti extra-ULSS, funzione questa molto importante per un efficiente interfacciamento con l'ufficio di Controllo di Gestione dell'azienda ULSS locale.

Nelle pagine seguenti verrà illustrato nel dettaglio il sistema così come implementato nella piattaforma *mFp*.

Inserimento delle prestazioni

Questa area permette l'inserimento giornaliero delle *prestazioni* erogate dal singolo operatore.

Le prestazioni vengono inserite su un determinato cliente/paziente, oppure su "Paziente Generico" se sono prestazioni non specifiche ad un cliente singolo. È possibile ricercare il cliente/paziente per cognome, numero di cartella ed unità funzionale.

È importante che il cliente/paziente abbia il comune di residenza e l'ASL correttamente riportate in anagrafica, per permettere il calcolo della mobilità per i rimborsi.

In caso di errore è possibile eliminare le prestazioni inserite, scegliendole una ad una dalla lista del giorno, ma *solo dall'operatore che le ha inserite*.

Per inserire una o più prestazioni, si sceglie l'unità funzionale dove ricercare il cliente, poi lo si cerca nella lista apposita selezionandolo con un clic del mouse; verranno riportati i dati nelle caselle in alto a destra e sarà possibile premere il bottone "SCEGLI LE PRESTAZIONI DA INSERIRE" per vedere l'elenco qui sopra riportato. A questo punto si sceglieranno le prestazioni erogate sul cliente e si confermerà il tutto con il bottone "SALVA".

Cliccando su "ESCI SENZA SALVARE" non verranno registrate le prestazioni scelte e si tornerà alla schermata precedente.

Dettaglio delle prestazioni eseguite

Produce un report del dettaglio delle prestazioni erogate, riportando la data, il cliente/paziente, il tipo di prestazione, l'ASL, il costo, l'operatore.

Il periodo può essere scelto fra varie opzioni (ultimo mese-tre mesi-sei mesi-anno, oppure un range specifico da-a), mentre la stratificazione può essere composta a piacere fra i vari campi presenti in una singola prestazione erogata (operatore, cliente, ASL, regione).

Per visualizzare il report occorre specificare un periodo in alto a destra alla voce "Periodo"; successivamente si può optare per una o più stratificazioni a scelta fra quelle elencate nell'area immediatamente a destra del periodo; selezionando ad esempio "Operatore" ed evidenziando

Fig. 63: Inserimento delle prestazioni

Inserimento prestazioni

Ambiente di erogazione VALUTAZ. E RIC. Regione VENETO Comune PALERMO ASL 27 Distretto 1

Cliente GENERICO MARIO

N° cartella cerca...

SCEGLI LE PRESTAZIONI DA INSERIRE... ELIMINA PRESTAZIONE

SCEGLI LE PRESTAZIONI EROGATE AL CLIENTE SELEZIONATO

	P	U
1 Attività telefonica	☒	☐
2 Relazioni sul caso	☒	☐
3 Altre relazioni	☐	☐
4 Visite domiciliari	☐	☐
5 Visite e colloqui	☐	☐
6 Incontri sul caso	☐	☐
7 Vaccinazioni	☒	☐
8 Esami chimico clinici	☐	☐
9 Somministrazione farmaci	☐	☐
10 Interventi psicoterapeutici individuali	☐	☐
11 Interventi psicoterapeutici coppia - famiglia	☐	☐
12 Conduzione di gruppo	☐	☐
13 Test psicologici	☐	☐
14 Attività in struttura semiresidenziale	☐	☐
15 Interventi socio-riabilitativi	☐	☐
16 Attività di prevenzione	☐	☐
17 Rapporti con comunità terapeutiche	☐	☐
18 Programmazione e verifica	☐	☐
19 Direzione e coordinamento	☐	☐
20 Riunioni, commissioni, comitati	☐	☐
21 Attività amministrative e rapporti con media	☐	☐
22 Attività epidemiologiche e ricerca	☐	☐
23 Attività di formazione	☐	☐

Salva Esci senza salvare

Fig. 64: Visualizzazione report di periodo

[illegible]



nell'apposita area "Operatori" quello o quelli che vogliamo compaiano nel report, otterremo le prestazioni erogate da quei soli operatori nel periodo di riferimento. Quando le opzioni scelte ci soddisfano possiamo cliccare sul bottone "ESEGUI" per ottenere il dettaglio delle prestazioni da noi richieste nella griglia. Abbiamo poi la possibilità di stampare il report con il bottone "STAMPA".

Report prestazioni trimestrale

Produce un report che indica il riepilogo numerico delle prestazioni erogate, per tipo di prestazione, nei quattro trimestri dell'anno in corso.

È possibile vedere il riepilogo delle prestazioni erogate dall'intera struttura, oppure da una determinata unità funzionale.

Questo report è stampabile, ed è compatibile con il formato standard da inserire nel rapporto di fine anno della struttura.

Fig. 65: Report trimestrale

Report prestazioni trimestrale											
ANNO: 2000		UNITA' FUNZIONALE: TUTTE									
Tabella riassuntiva prestazioni erogate - SSH SerT 1 VR										2000	1999
N.	Output	I° Trim.	Δ%	II° Trim.	Δ%	III° Trim.	Δ%	IV° Trim.	Δ%	TOTALE	Δ%
ST-001	Attività telefonica	0	/	1	/	2	100	4	100	7	/
ST-002	Relazioni sul caso	0	/	0	/	2	/	1	-50	3	/
ST-003	Altre relazioni	0	/	0	/	1	/	1	0	2	/
ST-004	Visite domiciliari	0	/	1	/	0	-100	0	/	1	/
ST-005	Visite e colloqui	0	/	2	/	0	-100	9	/	11	/
ST-006	Incontri sul caso	0	/	2	/	0	-100	0	/	2	/
ST-007	Vaccinazioni	0	/	2	/	1	-50	2	100	5	/
ST-008	Esami chimico clinici	0	/	2	/	7	250	0	-100	9	/
ST-009	Somministrazione farmaci	0	/	0	/	0	/	3	/	3	/
ST-010	Interventi psicoterapeutici individuali	0	/	2	/	0	-100	1	/	3	/
ST-011	Interventi psicoterapeutici coppia - famiglia	0	/	0	/	1	/	0	-100	1	/
ST-012	Conduzione di gruppo	0	/	1	/	0	-100	0	/	1	/
ST-013	Test psicologici	0	/	2	/	3	50	2	-33	7	/
ST-014	Attività in struttura semiresidenziale	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/
ST-015	Interventi socio-riabilitativi	0	/	1	/	0	-100	1	/	2	/
ST-016	Attività di prevenzione	0	/	0	/	2	/	0	-100	2	/
ST-017	Rapporti con comunità terapeutiche	0	/	0	/	0	/	0	/	0	/

In questa schermata, è possibile scegliere l'anno di riferimento e l'unità funzionale: il report verrà ricalcolato automaticamente. Con il bottone "TREND" è possibile vedere un trend grafico dei dati numerici riportati in questa pagina, mentre con il bottone "STAMPA" si otterrà una stampa dei dati presentati.

AGENDA

Sistema per gestione degli appuntamenti per ogni operatore del servizio

Questo modulo di mFp si occupa della gestione degli appuntamenti per ogni singolo operatore del servizio che può essere fatta dall'operatore stesso e/o da altri operatori abilitati. I tipi di appuntamento (inteso come VISITA GENERICA, COLLOQUIO, ECC...) possono essere personalizzati da ogni singolo servizio che in questo modo può costruirsi uno strumento per la gestione degli appuntamenti e/o visite che può risolvere i grossi problemi derivanti dalla gestione spesso frammentaria e decentrata degli appuntamenti. Con questo strumento ogni operatore del servizio può risalire in qualunque momento e da qualunque postazione abilitata, alla lista dei propri appuntamenti e/o degli appuntamenti di altri operatori; questo significa che la gestione degli appuntamenti può essere delegata ad una sola persona/ufficio (segreteria) oppure può essere affidata ai singoli operatori che però possono distribuire la lista dei propri appuntamenti anche ad altri operatori che per motivi organizzativi abbiano bisogno di consultarla.

Fig. 66: Finestra di menu del modulo agenda



Login

La fase di login è molto importante per motivi di sicurezza e per la gestione delle prestazioni erogate da ciascun operatore del servizio. Essa prevede la selezione del proprio nominativo da una lista di utenti del sistema e la digitazione della propria password segreta. Dopo tre tentativi non riusciti di accesso il sistema esce dalla fase di login e si riposiziona nel punto dell'applicativo dal quale si era partiti.

Per poter accedere quindi alle funzionalità del sistema bisogna innanzitutto essere accreditati; l'accreditamento è di norma eseguito dall'amministratore del sistema il quale inserisce il nominativo e la password all'interno di una tabella di sistema protetta da vari livelli di sicurezza.

Il cambiamento della password è di esclusiva competenza dell'amministratore di sistema.

**Fig. 67: Menu principale di AGENDA**

Lo schema di questo modulo è molto semplice: ci sono 4 pulsanti per altrettante funzioni:

- prenotazione;
- inserimento degli esiti della visita/colloquio;
- consultazione degli incontri fatti;
- gestione delle tabelle di sistema.

Prenotazione

La prima fase della gestione degli appuntamenti è ovviamente la prenotazione dell'incontro. Dopo avere selezionato il cliente dalla lista si passa alla selezione del medico/specialista (o comunque di un operatore del servizio) e alla scelta del tipo di appuntamento (lista personalizzabile da tabelle di sistema).

A questo punto resta da decidere la data e l'ora per l'appuntamento: si può scegliere la data dal calendario attivabile dal campo data in basso a destra e quindi salvare la prenotazione oppure si può farlo dall'agenda attivabile dal grande tasto rosso.

Nel primo caso, salvando la prenotazione, compare un messaggio informativo di avvenuta memorizzazione mentre se esiste già una prenotazione per il cliente nello stesso giorno viene richiesta la conferma per una eventuale sostituzione della precedente prenotazione.

Fig. 68: Finestra di prenotazione dell'incontro con il medico

Agenda

Se si opta per la selezione del giorno dell'appuntamento attraverso l'agenda la schermata che si presenta è di seguito riportata.

È possibile avere in agenda la settimana corrente e le 4 successive, oppure la sola settimana corrente oppure il giorno corrente; ovviamente in ognuno dei tre casi elencati è presente un pannello (in alto al centro) con il quale "sfogliare" le pagine dell'agenda in avanti o indietro e quindi posizionarsi in un arco temporale diverso. La selezione di una delle tre diverse opzioni (MESE, SETTIMANA, GIORNO) viene effettuata tramite le linguette poste in alto a sinistra della scheda. I dettagli degli appuntamenti saranno maggiori selezionando l'arco temporale giornaliero e più scarni selezionando l'arco temporale mensile.

Visualizzazione del mese:

In questo contesto le uniche informazioni che possiamo vedere nella scheda sono quelle riportate nella LEGENDA posta in alto a destra e cioè il n° di prenotazioni, il n° di posti liberi e il n° di possibili overbook per ogni giorno del periodo visualizzato.

Visualizzazione della settimana:

In ambito settimanale invece le informazioni visibili sono quelle relative al cognome del cliente che ha prenotato l'appuntamento e l'ora dell'appuntamento.

Visualizzazione del giorno:

Nella visualizzazione giornaliera oltre al nome del paziente viene riportata anche la data di nascita l'ULSS di appartenenza e l'operatore che ha effettuato la prenotazione.

Attraverso l'agenda l'utente può verificare la disponibilità di posti liberi per la nuova prenotazione e quindi procedere alla scelta del giorno gradito dal paziente e compatibile con le esigenze di servizio; la selezione del giorno avviene tramite un clic del mouse sul N° del giorno e la conferma della scelta viene data dalla visualizzazione della data dell'appuntamento in alto a sinistra. Dopo la selezione del giorno si torna alla schermata precedente per la memorizzazione dell'appuntamento e per la selezione eventuale di un altro nominativo.



Fig. 69: Come si presenta l'agenda

Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato	Domenica
23 Luglio	24	25	26	27	28	29
		3 0				
30	31	1 Agosto	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26

L'agenda può essere anche uno strumento valido per la consultazione del carico di lavoro del periodo preso in esame e per la ricerca di particolari relativi alla prenotazione che altrimenti sarebbe difficile e lungo conoscere.

Una caratteristica importante è che la situazione degli appuntamenti è visibile da tutti gli operatori e non solo dal proprietario dell'agenda cartacea che magari viene messa sotto chiave nel momento in cui deve essere consultata dal collega per la verifica della disponibilità. La trasparenza delle informazioni, la condivisione e la rapidità di ricerca sono i punti di forza di questo strumento.

Prenotazione giornaliera veloce

Dalla scheda visualizzata nella fig. precedente si può accedere alla scheda sottostante tramite un doppio clic sul rettangolo che rappresenta il numero del giorno della prenotazione. Lo scopo di questa schermata è quello di visualizzare gli appuntamenti del giorno con la possibilità di selezionare i vari nominativi che dovranno avere l'appuntamento per la data selezionata. Questo metodo è l'ideale per i casi in cui si decida di procedere alla prenotazione in un singolo giorno di numerosi appuntamenti per diversi clienti.

La parte sinistra serve per la selezione del cliente e del tipo di appuntamento (il medico è già stato selezionato nella schermata iniziale) e per la memorizzazione della prenotazione.

La parte destra consente la visualizzazione degli appuntamenti già memorizzati.

Fig. 70: prenotazione giornaliera

The screenshot shows a software window titled 'APPUNTAMENTI'. At the top, there is a date selector set to 'Giorno 25/07/2001'. The window is divided into two main sections. The left section, titled 'NUOVO APPUNTAMENTO', contains a form for entering new appointment details. The right section, titled 'Appuntamenti del giorno', displays a table of appointments for the selected day.

Form Fields (Left Section):

- Cliente:** PAZIENTE DIPROVA (dropdown)
- Codice:** 1
- Nato:** 11/11/1962
- ULSS:** 12
- Tel.:** (empty field)
- Residente:** VIA VERDI, 34
- MEDICO:** Generico - (dropdown)
- Tipo app.:** visita generica (dropdown)
- Ora Inizio:** 08.00 (dropdown)
- Ora Fine:** 08.30 (dropdown)
- Note:** (empty text area)

Table (Right Section):

Ora Inizio	Cliente	Codice Lab.	ESEGUITO
08.00	AIO	visita generica	☐
08.00	ALESSANDRIN	visita generica	☐
08.30	PAZIENTE	visita generica	☐

Lista appuntamenti per singolo cliente

Una funzione molto utile è quella relativa alla ricerca degli appuntamenti già fissati per un singolo cliente presso le diverse figure professionali del servizio. Se la nostra struttura non possiede un sistema condiviso delle prenotazioni, una ricerca di questo tipo ci costringerebbe a consultare i vari operatori per conoscere gli appuntamenti fissati per la persona in questione.

Il modulo AGENDA fornisce questa possibilità raggiungibile tramite la lente di ingrandimento posta accanto al nominativo nella schermata iniziale della prenotazione. Eseguendo un clic sul tasto con la lente di ingrandimento si apre la seguente scheda:

Le informazioni mostrate sono quelle relative ai dati anagrafici essenziali del cliente e agli appuntamenti presi dalla persona con le varie figure professionali del servizio. Le informazioni riportate relative agli appuntamenti sono:

- data di prenotazione;
- data e ora dell'appuntamento;
- operatore che ha effettuato la prenotazione;
- nome dell'operatore da incontrare;
- tipo di appuntamento e informazione se l'incontro è avvenuto o meno.

L'accesso a queste informazioni è consentito a tutti gli operatori del servizio al fine di consentirne una rapida condivisione e consultazione.

**Fig. 71: Finestra per la ricerca degli appuntamenti**

LISTA APPUNTAMENTI

25/07/2001 Lista Appuntamenti per cliente

SELEZIONA UN CLIENTE DALL'ELENCO DELLE PERSONE IN CARICO ALL'UNITA' FUNZIONALE VALUTAZ. E RIC.

Cliente ☐ nome ☐ codice

Codice Nato

Residente Tel. ULSS

Data Prenotazione	Data Esame	Orario	Prenotatore	Medico	Tipo Appuntamento	Eseguito
23/07/2001	25/07/2001	08.30	Generico	Generico -	VISITA GENERICA	☐

Inserimento degli esiti degli incontri

La fase successiva alla prenotazione degli appuntamenti è quella relativa all'inserimento degli esiti dell'incontro. Dalla schermata principale si clicca sul tasto "INSERIMENTO ESITI" e si accede alla scheda seguente.

La selezione del cliente consente anche la successiva selezione della data (n alto a destra) degli appuntamenti: se la ricerca da esito positivo viene visualizzata la parte dove inserire il testo relativo alle conclusioni dell'incontro effettuato.

L'inserimento del testo è consentito solo all'operatore che corrisponde al nome dello specialista per il quale l'appuntamento è stato fissato.

L'elenco delle date di appuntamento comprende tutte le date degli appuntamenti presi dal paziente e se si digita una data che non corrisponde ad un appuntamento viene segnalata la mancanza di appuntamenti per quella data.

Fig. 72: Inserimento esiti incontro

Consultazione degli incontri

Questa funzione è accessibile a tutti gli operatori del Servizio e consente di visualizzare tutti gli incontri con i rispettivi esiti inseriti dai responsabili degli incontri.

Attraverso questa scheda ogni operatore può avere una visione d'insieme degli incontri effettuati dal cliente del Servizio e quindi essere facilitato nella valutazione della persona.

Fig. 73: Visualizzazione esiti incontri



Tabelle di sistema

Tramite questa scheda è possibile la personalizzazione delle voci relative ai tipi di incontri che il Servizio mette a disposizione dei propri pazienti e del numero MASSIMO di prenotazioni e OVERBOOK giornalieri.

Fig. 74: Tabella di sistema

TABELLE DI SISTEMA

Elenco dei TIPI DI APPUNTAMENTI previsti presso il Servizio

Numero MAX PRENOTAZIONI Numero MAX OVERBOOK

Codice	Descrizione
	VISITA GENERICA
	COLLOQUIO
	VISITA GINECOLOCA

Record: di 3

GESTIONE COMUNITÀ

Questa parte della piattaforma mFp riguarda la gestione dei clienti/pazienti inviati dai Ser.T. di cui si è richiesto l'inserimento in Comunità Terapeutica, occupandosi di ricevere le domande attraverso Internet ed Dronet, permettendo la gestione delle variazioni di trattamento in tempo reale e la fatturazione di fine mese in maniera completamente assistita per ogni Ser.T. con cui la Comunità ha dei rapporti. L'area di lavoro in questione si trova in Gestione Operativa-Comunità.

Descrizione della logica dell'applicazione

L'uso della piattaforma mFp per la gestione dei clienti/pazienti inviati dai Ser.T. si può dividere in alcune fasi logiche ben precise. Una volta avviata l'applicazione sulla nostra postazione di lavoro, ed entrati nell'area "Comunità", la prima azione da compiere all'inizio della giornata è "INVIA/RICEVI AGGIORNAMENTI".

Questa azione è paragonabile a quando premiamo lo stesso bottone su un programma per la posta Internet: spediamo le lettere in uscita e riceviamo le eventuali lettere a noi indirizzate.; nella mFp quindi riceveremo le richieste di inserimento in Comunità da parte dei Ser.T. dotati della piattaforma mFp, e contemporaneamente invieremo le modifiche apportate ai trattamenti dei clienti in carico provenienti da quei Ser.T.. Questa operazione si avvale di Internet e si appoggia al sito Dronet per lo scambio dei dati, e in condizioni normali non dura più di un minuto.

Una volta ricevuti gli aggiornamenti, la seconda azione da compiere è "LISTA DI ATTESA". Ci comparirà una lista dove saranno indicati gli eventuali pazienti di cui è richiesto l'inserimento

in Comunità; mediante un doppio clic su uno di essi si entrerà nella scheda di ammissione correlata.

Si passa quindi alla scheda di ammissione, dove si potranno vedere tutti i dati relativi al paziente selezionato, i dati relativi all'autorizzazione da parte del Ser.T., e si potrà confermare l'inserimento quando il paziente effettivamente entrerà nella Comunità. In quest'area, accessibile anche da "GESTIONE AMMISSIONI", si andranno a segnare tutte le variazioni di trattamento man mano che queste avvengono, i colloqui, e la dimissione finale.

Una funzione di utilità è il "RIEPILOGO CLIENTI..." dove si potrà avere un riepilogo sintetico dei clienti inviati dai vari Ser.T; questo è un report che indica il numero dei clienti in attesa di inserimento quelli presenti e quelli dimessi per ogni Ser.T. di invio.

Chiude il percorso logico la gestione della fatturazione, accessibile da "MOVIMENTO CLIENTI E COSTI", da dove si potranno stampare le fatture su base mensile per ogni Ser.T. ad ogni ASL di competenza e dove si potrà visualizzare e stampare il registro presenze per ogni cliente/paziente in carico presso la Comunità.

Gestione ammissioni

In questa area vengono gestite le ammissioni/dimissioni e le variazioni di trattamento dei pazienti inviati dai Ser.T. Il lavoro è organizzato in maniera logica, partendo dall'autorizzazione da parte del Ser.T. fino alla dimissione a cura della Comunità.

Fig. 75: Gestione ammissioni

Gestione Comunità

Cliente: Data nasc: Luogo nascita: Prov:
 ASL N°: Distretto n°: Comune: SerT di invio:

ELENCO AMMISSIONI DEL CLIENTE SELEZIONATO | **AUTORIZZAZIONI SERT** | INSERIMENTO IN COMUNITA' | GESTIONE TRATTAMENTO | PRESCRIZIONE PRESTAZIONI | DIMISSIONE

STATO ATTUALE: DATA INSE:

AUTORIZZAZIONE INSERIMENTO (Da compilarsi a cura del Ser.T.)

Comunità di destinazione
 Nome: Attività acc.: Sede:

Data: ☒ 21/07/2001 Protocollo: Regime di trattamento:

SI	NO	CRITERI DI INCLUSIONE
☐	☒	Comunità accreditata presso la regione Veneto o altre
☒	☐	Comunità convenzionata
☒	☐	Parere positivo dell'equipe
☒	☐	Valutazione medica
☒	☐	Valutazione psichiatrica/psicologica
☒	☐	Paziente residente nella Uiss del SerT
☒	☐	Dichiarazione di accettazione al caricamento della spesa (se paziente di altra Uiss)

Autorizzazione extra ASL:
 Data: Protocollo: A firma di:

CONCEDI AUTORIZZAZIONE

Qui vediamo la prima parte dedicata all'autorizzazione del Ser.T; si può prendere visione dei dati relativi all'autorizzazione e del regime di trattamento richiesto per il cliente/paziente.

Nel caso che il cliente su cui si sta lavorando sia stato inserito da parte della comunità, sarà possibile autorizzarne l'inserimento con il bottone "CONCEDI AUTORIZZAZIONE". Con questa operazione si possono quindi gestire i clienti inviati da Ser.T. che non utilizzano la



piattaforma software mFp.

Sulla sinistra vediamo l'elenco ammissioni del cliente; in questo esempio abbiamo solo un trattamento ma il cliente potrebbe già essere stato in comunità in anni precedenti; avremo quindi la possibilità di cliccare sul trattamento che ci interessa per vederne i dati relativi.

Le aree di questa schermata sono accedibili cliccando su uno dei grossi bottoni grigi in alto; l'area attuale sarà indicata dal bottone colorato in rosso.

Qui vediamo la seconda parte, l'inserimento in comunità, dove troviamo i dati relativi all'effettiva entrata del cliente/paziente nella struttura (data di ingresso, trasmissione atti, protocollo).

Per confermare l'inserimento occorre completare i dati mancanti e cliccare sui quadratini a sinistra delle date per attivarle ed eventualmente modificarle a piacere (cliccando sulla freccettina grigia a destra delle date si apre un calendarietto che ci permette di selezionare il giorno).

Si dovrà poi specificare la situazione giuridica al momento dell'inserimento nell'apposita casellina in basso, scelta da una di quelle già codificate.

Al termine, per creare il programma e confermare i dati, si clicca sul bottone "Conferma inserimento"; verrà creato un programma che poi potrà essere consultato e modificato in qualsiasi momento.

Con il pulsante "Stampa Mod. B1" si aprirà Word con il modello standard B1 già compilato e pronto per essere modificato a piacere e stampato.

Fig. 76: Seconda parte della registrazione del cliente in entrata

The screenshot displays the 'Gestione Comunità' application window. At the top, there's a header bar with the title 'Gestione Comunità'. Below it, a form contains client details: 'Cliente: PROVACOM2 C.GIOV.', 'Data nasc: 11/11/1922', 'Luogo nascita: VERONA', 'Prov: VR', 'ASL N°: 20', 'Distretto n°: 1', 'Comune: VERONA', and 'SerT di invio: 01 - SOAVE'. A row of buttons follows: 'ELENCO AMMISSIONI DEL CLIENTE SELEZIONATO' (highlighted in black), 'AUTORIZZAZIONI SERT', 'INSERIMENTO IN COMUNITA'' (highlighted in red), 'GESTIONE TRATTAMENTO', 'PRESCRIZIONE PRESTAZIONI', and 'DIMISSIONE'. Below the buttons, a table shows 'STATO ATTUALE' as 'IN CARICO' and 'DATA INSE.' as '11/04/2001'. The main section, titled 'INSERIMENTO IN COMUNITA'', contains several sub-sections: 'Comunità di inserimento' with fields for 'Nome' (Ass. Comunità dei Giovani), 'Attività accr.' (with a question mark icon), and 'Sede' (via Moschini 3 - 37129 Ver); 'Date' with 'Ingresso' and 'Trasmissione atti' both set to 11/04/2001; 'Protocollo' with 'Data' set to 11/04/2001 and 'Numero' set to 258; and 'Condizioni iniziali' with 'Regime di trattamento' set to 'RE Residenziale' and 'Situazione giuridica' set to 'LIBERO'. At the bottom right, there are buttons for 'Stampa Mod. B1' and 'Conferma inserimento'. A status bar at the very bottom includes a help icon (?) and an 'Uscita' button.

Fig. 77: Terza parte della registrazione, gestione del trattamento

Gestione Comunità

Cliente: Data nasc: Luogo nascita: Prov:
 ASL N°: Distretto n°: Comune: SerT di invio:

ELENCO AMMISSIONI DEL CLIENTE SELEZIONATO AUTORIZZAZIONI SERT INSERIMENTO IN COMUNITA' **GESTIONE TRATTAMENTO** PRESCRIZIONE PRESTAZIONI DIMISSIONE

STATO ATTUALE: DATA INSCR.:

VARIAZIONE DEL PROGRAMMA DI TRATTAMENTO - PROSPETTO PRESENZE CLIENTE

Mese: Anno:

Data	Situazione giudiziaria	Regime trattamento	Stato assistenziale	Sede comunità	Operatore
11/04/2001	LIBERO	Residenziale	Presente	via Moschini 3 - 37...	Generico -
12/04/2001	LIBERO	Residenziale	Presente	via Moschini 3 - 37...	Generico -
13/04/2001	LIBERO	Residenziale	Trasferimento in o...	via Moschini 3 - 37...	Generico -
14/04/2001	LIBERO	Residenziale	Presente	via Moschini 3 - 37...	Generico -
15/04/2001	LIBERO	Residenziale	Presente	via Moschini 3 - 37...	Generico -
16/04/2001	LIBERO	Residenziale	Uscita concordat...	via Moschini 3 - 37...	Generico -
17/04/2001	LIBERO	Residenziale	Uscita concordat...	via Moschini 3 - 37...	Generico -
18/04/2001	LIBERO	Residenziale	Uscita concordat...	via Moschini 3 - 37...	Generico -
19/04/2001	LIBERO	Residenziale	Uscita concordat...	via Moschini 3 - 37...	Generico -
20/04/2001	LIBERO	Residenziale	Presente	via Moschini 3 - 37...	Generico -
21/04/2001	LIBERO	Residenziale	Presente	via Moschini 3 - 37...	Generico -
22/04/2001	LIBERO	Residenziale	Presente	via Moschini 3 - 37...	Generico -
23/04/2001	LIBERO	Residenziale	Colloquio	via Moschini 3 - 37...	Generico -
24/04/2001	LIBERO	Residenziale	Presente	via Moschini 3 - 37...	Generico -

Nella figura 58 vediamo la terza parte, la gestione del trattamento. Selezionando il mese e l'anno apparirà nella griglia centrale il programma del cliente; vedremo indicate la data, la situazione giudiziaria, il regime di trattamento, lo stato assistenziale, la sede, e l'operatore che ha creato/modificato quella parte. In colore verde sono indicati i giorni passati del trattamento, in blu quello odierno e in grigio quelli futuri.

In ogni momento possiamo andare a modificare una qualsiasi di queste colonne, come lo stato assistenziale o la situazione giuridica o la sede del trattamento. Le modifiche che apporteremo saranno inviate al Ser.T. di competenza al successivo "INVIA/RICEVI".

Per modificare un dato della griglia del trattamento basta cliccare sulla colonna desiderata, selezionare il nuovo dato e premere "INVIO": ci verrà richiesto fino a che giorno apportare quella modifica e il programma verrà quindi cambiato. Con il pulsante "STORICO VARIAZIONI" potremo vedere e stampare un report di tutte le variazioni apportate dall'inizio del trattamento.

Con il pulsante "STAMPA MESE" verrà stampato il programma del mese selezionato; mentre con il pulsante "STAMPA MOD. B2" verrà aperto Word con il modello standard B2 compilato e pronto per essere modificato e stampato.

In questa parte sono visualizzati i colloqui pre e post trattamento prescritti dal Ser.T..

La Comunità indicherà l'avvenuta fruizione di questi da parte del paziente, cliccando sulla casellina "Eseguita" a destra della griglia. È anche possibile specificare delle note libere per ogni colloquio semplicemente scrivendo nella casellina "Note" della griglia.

Gestione Comunità

Clinica:

PROVACOM2 C.GIOV.

Data nasc:

11/11/1922

Luogo nascita:

VERONA

Prov:

VR

ASL N°:

20

Distretto n°:

1

Comune:

VERONA

SerT di invio:

01 - SOAVE

ELENCO AMMISSIONI DEL CLIENTE SELEZIONATO

AUTORIZZAZIONI
SERT

INSERIMENTO IN
COMUNITA'

GESTIONE
TRATTAMENTO

PRESCRIZIONE
PRESTAZIONI

DIMISSIONE

STATO ATTUALE

DATA INSER.

IN CARICO

11/04/2001

PRESCRIZIONE ALTRE PRESTAZIONI (colloqui, ecc)

Data	Descrizione	Costo uni.	Q.tà	Tariffa	Note	Eseguita

Stampa
Mod. A1

Stampa
Mod. A3

?

Uscita

Gestione Comunità

Clinica:

PROVACOM2 C.GIOV.

Data nasc:

11/11/1922

Luogo nascita:

VERONA

Prov:

VR

ASL N°:

20

Distretto n°:

1

Comune:

VERONA

SerT di invio:

01 - SOAVE

ELENCO AMMISSIONI DEL CLIENTE SELEZIONATO

STATO ATTUALE

DATA INSER.

IN CARICO

11/04/2001

AUTORIZZAZIONI SERT

INSERIMENTO IN COMUNITA'

GESTIONE TRATTAMENTO

PRESCRIZIONE PRESTAZIONI

DIMISSIONE

GESTIONE DIMISSIONE

Data uscita

12/04/2001

Motivo di dimissione

Conferma dimissione

Stampa Mod. B3

?

Uscita

L'ultima parte riguarda la dimissione; al momento della fine del trattamento del cliente/paziente si specificherà la data di uscita cliccando sulla casellina a sinistra della data e inserendo la data corretta, e si sceglierà il motivo di dimissione dalla lista a destra.

Per confermare i dati e la dimissione occorrerà premere il pulsante "CONFERMA DIMISSIONE".

Con il pulsante "Stampa Mod. B3" si aprirà Word con il modello standard B3 compilato e pronto per essere modificato e stampato.

La dimissione chiuderà naturalmente il trattamento del cliente/paziente, segnando automaticamente l'ultimo giorno del trattamento con lo stato assistenziale "D" (dimissione).

Movimento clienti e costi (fatturazione)

In quest'area vengono visualizzati i registri presenze per cliente/paziente, e stampate le fatture ai vari Ser.T. con cui la Comunità Terapeutica ha rapporti.

Selezionando il Ser.T., il mese e l'anno si può premere il pulsante "VISUALIZZA" per ottenere il registro presenze, dove cliente per cliente, saranno visualizzati con una lettera gli stati assistenziali giorno per giorno (vedi figura seguente); con il pulsante "STAMPA FATTURA" viene richiesto il n° e la data del documento e dopo la conferma viene aperto Excel con la fattura del mese e anno selezionati già compilata pronta per essere stampata ed inviata al Ser.T. scelto.

La fattura, essendo un normale file di Excel, potrà essere salvata per tenere uno storico in formato elettronico senza ulteriori operazioni di data-entry.

Fig. 80: Visualizzazione registri presenze

Gestione Comunità - Controllo Movimento Clienti e Costi

SEGLI IL SERT:

SCEGLI IL PERIODO: Mese: Anno:

☒ VISUALIZZA

Prospetto presenze

N°	Sigla utente	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
1	BBB			P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
2	PROVACOM4									P	P	S	S	S	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	
3	PROVACOM2											P	P	H	P	P	U	U	U	U	P	P	P	C	P	P	P	P	P	P	P	

LEGENDA: P=presente U=uscita concordata non pagata H=trasferimento in ospedale
D=dimissione S=sospensione non pagata X=chiusura struttura C=colloquio

Stampa fattura Stampa registro presenze USCITA

Questo strumento, situato nell'area "Gestione Operativa" di mFp, permette un'efficiente gestione dei vari incontri di équipe che hanno luogo nell'unità operativa.

1. permette l'organizzazione di un incontro di équipe, specificando gli operatori che dovranno essere presenti, l'ordine del giorno e i casi da discutere;
2. offre dei collegamenti con l'epicrisi T.D. e l'elenco prestazioni, per avere una visione approfondita dei casi direttamente dall'interno dello strumento stesso;
3. permette ricerche di singoli casi all'interno degli incontri inseriti;
4. tiene uno storico degli incontri effettuati, evidenziando vari dati fra i quali la percentuale di non evasione dei casi e i tempi di discussione;
5. visualizza un trend storico per cogliere le variazioni nel tempo di efficienza degli incontri stessi.

Fig. 81: Riunioni di équipe

[illegible]

In ogni momento possiamo ottenere un report degli incontri effettuati in un periodo a scelta, semplicemente selezionandolo nella parte superiore (ultimi tre mesi, sei mesi, ultimo anno ed infine un periodo da...a libero) e cliccando sul bottone “ESEGUI REPORT”.

Con il bottone “RICERCA” possiamo selezionare un cliente/paziente da quelli presenti in archivio per poterlo ricercare all'interno delle riunioni di équipe già effettuate. In caso venga trovato, verrà evidenziato nella griglia centrale l'incontro dove è stato discusso il caso della persona da noi richiesta.

Per creare un nuovo incontro di équipe, è sufficiente cliccare sul bottone “NUOVO INCONTRO”.

Ci verrà presentata questa schermata, con i dati da completare per l'inserimento di un nuovo incontro. Partendo dall'alto troviamo la data prevista, il titolo (un nome che daremo per riconoscerlo all'interno del nostro archivio), l'ora di inizio e quella di fine nel formato hh:mm, gli operatori che dovranno essere presenti, l'ordine del giorno, ed infine i singoli casi di cui si propone la discussione.

Da notare, nella griglia dove sono elencati i casi da discutere, la presenza di un flag “URG” che possiamo utilizzare per segnare come *urgente* il singolo caso e il campo “PROPONENTE” dove indicheremo l'operatore (medico, psicologo, ass. sociale, educatore) che propone la discussione del caso.

Quando i dati sono completi, con la pressione del bottone “Salva incontro” inseriremo in archivio i dati appena inseriti.

I bottoni “Vedi epicrisi” e “Vedi prestazioni” ci riportano direttamente alle relative aree di mFp riguardanti il cliente/paziente selezionato nella griglia dei casi in discussione.

Fig. 82: Riunioni di Équipe (Nuovo incontro)



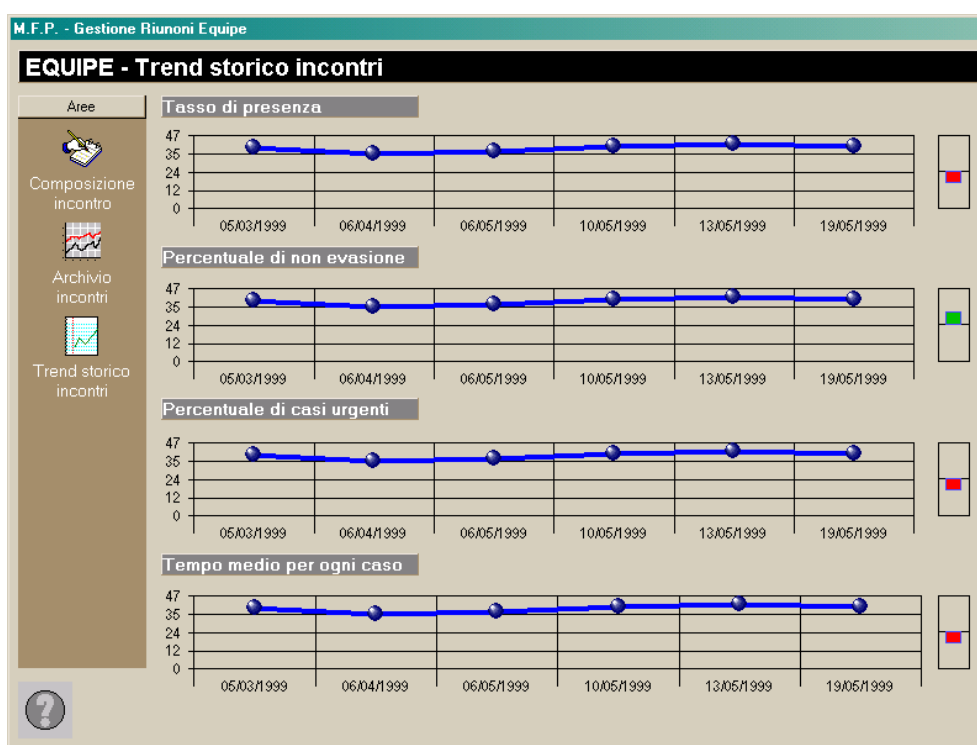
Successivamente, si potrà ritornare in questa videata per aggiungere le note, caso per caso, delle effettive discussioni; potremo anche inserire l'ora di fine reale della riunione e indicare quali casi non sono stati discussi.

Il bottone "Stampa incontro" produce una stampa dettagliata dell'incontro, completa delle note per ogni caso discusso.

Infine, il Trend Storico Incontri visualizza in forma grafica l'andamento nel tempo di quattro indicatori significativi:

1. il tasso di presenza degli operatori convocati;
2. la percentuale di non evasione dei casi proposti;
3. la percentuale di casi definiti urgenti;
4. il tempo medio di discussione di ogni caso.

Fig. 83: Riunioni di Équipe (Trend storico incontri)



SCHEDE MINISTERIALI

Sistema per generazione delle schede ministeriali sulla base delle informazioni gestite da mFp

Questo modulo di mFp si occupa della creazione delle schede ministeriali nell'ambito di tossicodipendenze. Con la semplice pressione di un tasto vengono effettuati i complessi calcoli che necessitano per la elaborazione delle schede ministeriali SEM01, SEM02, ANN01, ANN02.

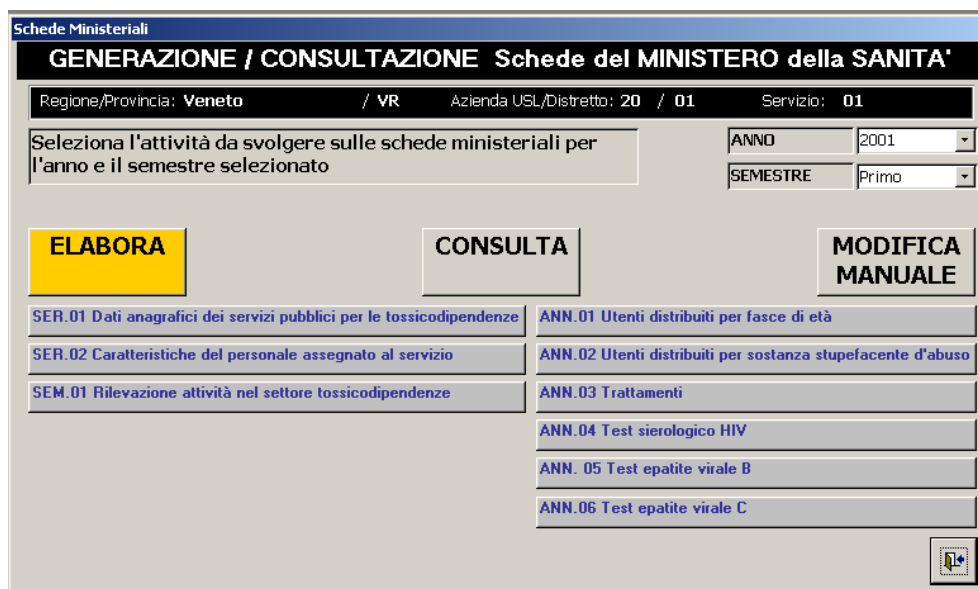
Naturalmente le schede sono il risultato di elaborazioni fatte sui dati caricati nel sistema mFp e quindi maggiore sarà la quantità e la qualità dei dati inseriti migliore sarà la precisione dell'elaborazione conseguente.

Anche per quanto riguarda le schede ministeriali c'è poco da dire in quanto esse sono generate rispettando gli standard previsti dal Ministero della Sanità ai quali si rimanda.

Fig. 84: Modulo schede ministeriali



Fig. 85: Gestione e consultazione schede ministeriali



Basta solo dire che ci sono tre modalità di funzionamento per la gestione delle schede stesse:

Elaborazione

In questa modalità vengono generate le schede; bisogna selezionare il tasto ELABORA e



poi cliccare su uno dei tasti che indica la scheda da creare; se una scheda è già presente in memoria viene chiesta la conferma per una eventuale sostituzione.

Consultazione

Se viene premuto il tasto relativo alla consultazione si passa in consultazione di tutte le schede ministeriali fino a quel momento create relativamente al periodo scelto (anno e semestre in alto a destra).

Modifica Manuale

In questa modalità infine si entra direttamente in modalità di aggiornamento sulle singole schede create per apportare eventuali correzioni a dati che sono stati elaborati e che non corrispondono alla situazione reale del servizio (per mancanza di dati base necessari all'elaborazione e/o per altri motivi).

Base dati di riferimento

L'elaborazione delle schede ministeriali SER.XX e ANN.XX viene effettuata sulla base delle informazioni che ogni servizio immette tramite i vari moduli di mFp. Di seguito vengono riportate le corrispondenze tra moduli mFp e schede ministeriali:

Tab. 2: Corrispondenza tra schede ministeriali e moduli mFp

SCHEDA MINISTERIALE	MODULO mFp
SER.01	Tabelle di sistema
SER.02	Tabelle di sistema
SEM.01	FARM (trattamenti farmacologici)
ANN.01	ANAGRAFICA (data di nascita e data movimenti)
ANN.02	ANAGRAFICA (tabella uso sostanze)
ANN.03	FARM (trattamenti farmacologici)
ANN.04	LISTA DIAGNOSI
ANN.05	LISTA DIAGNOSI
ANN.06	LISTA DIAGNOSI

Solo l'utilizzo e la completezza delle informazioni inserite tramite questi moduli consentono una generazione automatica delle schede ministeriali; in alternativa la compilazione può essere effettuata manualmente raccogliendo le informazioni necessarie con altre modalità.

Fig. 86: Esempi di scheda ministeriale SER02

Schede del MINISTERO della SANITA'

SER.01 SER.02 SEM.01 ANN.01 ANN.02 ANN.03 ANN.04 ANN.05 ANN.06

SER.02 Caratteristiche del personale assegnato al servizio

A. Anno di riferimento 2001

B. Regione 050 Azienda USL 120 Servizio 01

C. Personale attivo presso il servizio

Qualifica	N. addetti alle tossicodipendenze		
	esclusivamente	parzialmente	a convenzione
1) Medici	10		
2) Infermieri o assistenti sanitari	5	1	
3) Psicologi	1		2
4) Assistenti sociali	11		
5) Educatori			
6) Amministrativi	4		1
7)	1		
8)	1		
9)			2
TOTALE			

Data 26/06/2001

Stampa

Fig. 87: Esempi di scheda ministeriale ANN01

Schede del MINISTERO della SANITA'

SER.01 SER.02 SEM.01 ANN.01 ANN.02 ANN.03 ANN.04 ANN.05 ANN.06

ANN.01 Utenti distribuiti per fasce di età

A. Anno di riferimento 2001

B. Regione 050 Azienda USL 120 Servizio 01

C. Soggetti presi in carico dal servizio

Età	nuovi utenti		già in carico o rientrati		TOTALE
	maschi	femmine	maschi	femmine	
< 15	0	0	0	0	0
15 - 19	0	2	1	0	3
20 - 24	14	0	14	2	30
25 - 29	5	1	54	13	73
30 - 34	6	0	75	12	93
35 - 39	3	5	90	20	118
> 39	3	1	65	15	84
TOTALE	31	9	299	62	401

D. Soggetti appoggiati

Maschi 16 Femmine 1 Totale 17

Data 26/06/2001

Stampa



REPORT

Questo modulo di consente la stampa dei principali report di ausilio nel lavoro quotidiano all'interno di un SER.T.

Fig. 88: Scheda principale

REPORT VARI

SELEZIONARE IL REPORT DA STAMPARE SELEZIONANDO EVENTUALMENTE L'UNITA' FUNZIONALE, IL CASE MANAGER E IL PERIODO

Data di inizio periodo: 23/06/2001 Data di fine periodo: 23/07/2001

Unità Funzionale: TOSSICODIPENDENTI Case manager: Tutti

Stampa report dettagliato Anteprima di stampa sintetica

CLIENTI IN CARICO

CLIENTI NUOVI (data I^ ammissione > data inizio periodo)

CLIENTI IN CARICO EXTRA ULSS

CLIENTI CON DATA DI DIMISSIONE PREVISTA SCADUTA

CLIENTI NON PIU' VISTI OLTRE IL TEMPO LIMITE (30 gg)

CLIENTI IN COMUNITA'

CLIENTI IN CARICO ESTERNO A Tutti

Fig. 89: Esempio di un report

SERT DI PROVA
Resp. Daniele Gibbin

Report CLIENTI IN CARICO

data di stampa: 23/07/2001

N.	Paziente	Data nascita	ULSS.	Data Dimissione prevista
1		23/07/1946	19	
2		01/03/1966	17	
3		09/06/1960	17	
4		05/01/1971	19	
5		22/09/1965	17	
6		21/09/1972	19	
7		25/06/1980	19	
8		05/08/1980	19	
9		24/12/1977	19	
10		19/05/1964	19	
11		27/01/1969	19	
12		19/05/1964	19	
13		17/03/1975	19	
14		08/12/1978	19	
15		24/03/1961	17	
16		13/04/1963	17	
17		14/02/1962	17	
18		27/05/1968	19	
19		20/04/1971	19	
20		28/10/1958	19	
21		09/04/1959	17	

Pagina 1 di 14

Dalla scheda principale di questo modulo si possono visualizzare le anteprime di stampa e quindi stampare i principali report che sono di aiuto nel lavoro quotidiano.

Questi report possono essere “filtrati” da alcuni parametri quali l’unità funzionale, il “case manager” e un periodo temporale.

Una volta impostati i parametri desiderati è possibile passare alla visualizzazione dell’anteprima di stampa del report che ci interessa; la visualizzazione dell’anteprima di stampa è consentita dai tasti posti alla destra del titolo del report; le anteprime di stampa non contengono alcuni campi che comunque sono inclusi nella stampa integrale dei report che è possibile effettuare cliccando sul titolo stesso dei vari report.

Questi report possono essere integrati da altri tipi di report più particolari che verranno eventualmente implementati se raccoglieremo numerose richieste omogenee.

I nomi dei pazienti sono stati nascosti per rispettare ovviamente la privacy delle singole persone, vedi fig.83.

GESTIONE DI SISTEMA

La Gestione Sistema è una parte molto importante della piattaforma mFp; permette infatti di configurare secondo le proprie esigenze tutte le tabelle utilizzate dai vari strumenti dell’applicativo.

Inoltre, contiene anche gli strumenti per gestire alcuni archivi, come quello delle prestazioni o quello delle comunità terapeutiche.

Nella prima pagina troviamo, nell’area “TABELLE DI SISTEMA GENERALI”, un elenco di tutte le tabelle modificabili dall’utente. Queste contengono già dei valori predefiniti, molti dei quali rispettano standard di codifica ministeriali e della Comunità Europea.

Sono comunque aggiornabili a piacere secondo le proprie esigenze, avendo cura di non rimuovere dati essenziali per il corretto funzionamento della piattaforma mFp in tutte le sue parti.

Tab. 3: Elenco tabelle modificabili

CARICO ESTERNO	GRUPPI OPERATORI
CBE-PESI AREA MEDICA	MOTIVI DIMISSIONE
CBE-PESI AREA SOCIALE	OPERATORI
CBE-PESI AREA TOSSICOLOGICA	PROFESSIONI
CBE-PESI AREA PSICOLOGICA	SCOLARITÀ
STATO CIVILE	UNITÀ FUNZIONALI

Nella seconda pagina troviamo i dati anagrafici della struttura, come il nome del responsabile, la password di amministrazione, l’ASL di appartenenza e altri parametri tecnici, come il percorso di rete di mFp, il limite dei giorni senza prestazioni per il controllo dei clienti non più visti.



Fig. 90: Finestra per la modifica delle tabelle di sistema

Gestione tabelle di riferimento

Tabelle di sistema | Dati struttura | Prestazioni | Comunità | Budget assegnati | P.A.C. - Definizione processi | P.A.C. - Tabelle | Funzioni periodiche

TABELLE DI SISTEMA GENERALI

SELEZIONA TABELLA: CARICO ESTERNO

ID	DESCRIZIONE
1	PRONTA ACCOGLIEN.
2	COMUNITA' RESID.
3	CARERE
4	ASS. VOL. / COOP.
5	OSPEDALE
6	ALTRO
7	APPOGGIATO

CLASSIFICAZIONI CLINICHE

SELEZIONA CLASSIFICAZIONE: CODICI DI RISCHIO

- Partner eterosessuale occasionale di soggetto a rischio no
- Partner eterosessuale abituale di soggetto a rischio noto
- Partner eterosessuale di soggetto a rischio non noto
- Omosessuale
- Bisessuale
- Ex-tossicodipendente (EV) (periodo drug-free > 1 anno)
- Tossicodipendente attivo (EV) (periodo drug-free < 1 anno)
- Tossicodipendente (EV) + Omosessuale / Bisessuale
- Trasfuso
- Emofilo / coagulopatico
- Figlio di madre a rischio noto (sierologia non nota)
- Figlio di madre a sieropositiva
- Convivente di soggetto a rischio noto (sierologia non nota)
- Convivente di soggetto sieropositivo (non partner sessuale)
- Prostituta
- Persona con contatto occasionale liquido biologico - sang.
- Operatore sanitario (contatto occasionale liquido biologico)
- Rischio non riferito o non noto
- Altro

STAMPA USCITA

Fig. 91: Dati anagrafici della struttura

Gestione tabelle di riferimento

Tabelle di sistema | **Dati struttura** | Prestazioni | Comunità | Budget assegnati | P.A.C. - Definizione processi | P.A.C. - Tabelle | Funzioni periodiche

DATI ANAGRAFICI STRUTTURA

NOME: SSH Ser 1 VR DISTRETTO: 3 COD. STRUTTURA: 05012001

RESPONSABILE: Serpelloni Giovanni PASSWORD: iaser

DATI ANAGRAFICI PROPRIA ASL

N° ASL: 20 CITTA': Verona INDIRIZZO: via Valverde 42

P.IVA/C.F.: 2573090236 TELEFONO: 458075511

COSTO ANNUALE STRUTTURA

ANNO: 1999 COSTO L.

PERCORSO DI RETE DOCUMENTI MFP

Percorso: \\sshserver2000\mfp\

CONTROLLO CLIENTI NON PIU' VISTI

LIMITE GIORNI SENZA PRESTAZIONI: 30

STAMPA USCITA

Questi dati vanno inseriti al momento dell'installazione della piattaforma mFp, e poi modificati solo dopo aver considerato attentamente i possibili impatti sul funzionamento del

sistema.

I dati contenuti in questa pagina sono tutti obbligatori.

Proseguendo con l'analisi dell'area di Gestione Sistema, passiamo alla pagina successiva, "Prestazioni".

In questa pagina troviamo la tabella delle prestazioni specialistiche contenute nella piattaforma mFp.

Queste coprono tutti gli aspetti del lavoro nella struttura, e sono divise in 23 gruppi.

Ognuno di questi gruppi è poi articolato in vari codici, uno per ogni tipo di prestazione.

È possibile aggiungere, togliere o modificare sia i gruppi che i sottogruppi; si consiglia comunque di lasciare invariati quelli già esistenti e di aggiungerne di nuovi a seconda delle proprie esigenze, così da mantenere una conveniente omogeneità fra le varie strutture dotate della piattaforma mFp.

È possibile stampare l'elenco delle prestazioni disponibili con la pressione del bottone "STAMPA" in basso a destra.

Fig. 92: Tabella delle prestazioni specialistiche

GRUPPI PRESTAZIONI		SOTTOGRUPPI PRESTAZIONI				
N°	NOME	GR...	COD...	COD. REG...	DESCRIZIONE	COSTO
1	Attività telefonica	1	1		attività telefonica: organizzativa / di segreteria (non attiv...	
2	Relazioni sul caso	1	2		attività telefonica: informazioni per esecuzione test HIV ...	
3	Altre relazioni	1	3		attività telefonica: counseling psicologico p	
4	Visite domiciliari	1	4		attività telefonica: management paziente (utente già co...	
5	Visite e colloqui	2	1		relazioni scritte sul singolo caso clinico: per affidamento ad altr...	
6	Incontri sul caso	2	2		rilascio impegnativa / ricetta / copia esami / esenzione ...	
7	Vaccinazioni	2	3		attività di supporto paziente (compilazione schede esami...	
8	Esami chimico clinici	3	1		altre relazioni: rapporti attività assistenziali della struttura	
9	Somministrazione farmaci	3	2		altre relazioni: rapporti epidemiologici / relazioni scientifiche...	
10	Interventi psicoterapeutici individuali	4	1		visite a domicilio, in casa alloggio, ospedale, comunità t...	
11	Interventi psicoterapeutici coppia - fa...	5	1		colloqui di assistenza sociale	
12	Conduzione di gruppo	5	2	89.7	visita specialistica	L. 36,000
13	Test psicologici	5	3	89.26	visita ginecologica	L. 36,000
14	Attività in struttura semiresidenziale	5	4	89.7	visita dermatologica	L. 36,000
15	Interventi socio-riabilitativi					
16	Attività di prevenzione					
17	Rapporti con comunità terapeutiche					
18	Programmazione e verifica					
19	Direzione e coordinamento					
20	Riunioni, commissioni, comitati					
21	Attività amministrative e rapporti con...					

BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R., Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, progettare per la sanità, Gennaio 1997
- AA.VV Atti del convegno "Il Dipartimento ospedaliero", Università L.Bocconi, novembre 1996
- AAS IH. A qualitative study of the organizational consequences of telemedicine. J Telemed Telecare 2001
- AA.VV Dichiarazione etica contro le droghe" A cura di G. Serpelloni -Edizioni La Grafica, Gennaio 1999
- AA.VV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
- AA.VV Prevenzione e trattamento dell'overdose da eroina e degli effetti acuti dell'ecstasy Linee guida ed altri contributi. A cura di G. Serpelloni e F. Schifano - Edizioni La Grafica, 2000



- AAVVEroina, infezione da HIV e patologie correlate. A cura di G. Serpelloni, G.Rezza, M.Gomma - Leonard Edizioni, Aprile 1995
- Achenbach S, Alfke H, Klose KJ. Teleteaching with CONRAD. From collected cases to interactive learning system]. Radiologe 1997
- Agliati M., Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi, EGEA, 1996
- Airoidi G., Brunetti G., Coda V. Lezioni di Economia Aziendale, Il Mulino, 1989
- Alessi N. Geriatric telepsychiatry: no matter the population, the questions remain the same--a commentary. J Geriatr Psychiatry Neurol 2001
- Amarilli F., Mainetti S., Onagro E., L'utilizzo delle tecnologie intranet per lo sviluppo degli enti locali: il caso della Comunità Montana della Valle Camonica Sistemi di Impresa, 1999
- Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Veneto, Le politiche regionali per una società libera dalle droghe, Ediz. La Grafica, Novembre 2000
- Baker AM, Lafata JE, Ward RE, Whitehouse F, Divine G., A Web-based diabetes care management support system. Jt Comm J Qual Improv, 27(4): 2001
- Berbardi g., Biazzo S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
- Beretta. S, Dossi A., Meloni G., Miroglio F., Il benchmarking dei processi amministrativi, EGEA, 1999
- Bergsneider C, Piraino D, Fuerst M A web implementation: the good and the not-so-good. J Digit Imaging, 14(2 Suppl 1): 2001
- Biffi A., Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management, Economia & Management, 1997
- Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
- Borgogni L., Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni, Franco Angeli, 1999
- Bortignon E., Frati P. e Tadchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Brenner V., Psychology of computer use: XLVII. Parameters of Internet use, abuse and addiction: the first 90 days of the Internet Usage Survey. Psychol Rep, 1997
- Bricolo F., "Correlare" la salute mentale all'uso della tecnologia digitale. Revisione critica della letteratura. Personalità e Dipendenze 2001.
- Bricolo F, Calvosa F, Conte GL, Telepsicoterapia (TPT): problematiche teoriche e una prima sperimentazione. Associazione Ricerca e Formazione Scienze Neuropsicosociali (ARFN), Atti del congresso di Roma, 27-30/04/1998
- Bricolo F, Marconi PL, Conte GL, di Giannantonio M, De Risio S, Internet Addiction Disorder: una nuova dipendenza? Studio di un campione di giovani utenti. SIP, Bollettino Scientifico e d'informazione, n. 1-2, anno IV, 1997
- Brodey BB, Claypoole KH, Motto J, Arias RG, Goss R. Satisfaction of forensic psychiatric patients with remote telepsychiatric evaluation. Psychiatr Serv 2000
- Buist A, Coman G, Silvas A, Burrows G. An evaluation of the telepsychiatry programme in Victoria, Australia. J Telemed Telecare 2000
- Caccia C., Longo F., L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico, Mecosan, 1995
- Cantelmi T., Talli M., "Internet Addiction Disorder", Psicologia Contemporanea, Nov.-Dic. 1998
- Cantelmi T., Talli M., D'Andrea A., Del Miglio C., "La mente in Internet", Piccin Editore, Padova 2000
- Cantelmi T., Talli M., D'Andrea A., Gasbarri A., "Internet Related Psychopathology: recenti acquisizioni", Giornale Italiano di Medicina Militare, 1999
- Caretti V., "Psicodinamica della Trance Dissociativa da videoterminale", in Cantelmi T. et al., "La mente in Internet", Piccin Editore, Padova, 2000
- Christ, F. Emergency *medicine online* course: Integrating into curriculum of computer-based *training*: 2000
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Cowsert LM., Web alert. Antisense--from design to clinic. Curr Opin Mol Ther, 2000
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1194
- Elford DR, White H, St John K, Maddigan B, Ghandi M, Bowering R. A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland. J Telemed Telecare 2001
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drus users, emcdda, dicembre 2000
- Eppright T, Allwood M, Stern B, Theiss T, Internet addiction: a new type of addiction?, Mo Med, 1999
- Filler TJ, Abele H, Vollmar-Hesse I, Peuker ET. [New paths for Internet generated learning in anatomy]. Anat Anz 1999
- Filler TJ, Jerosch J, Peuker ET Live interdisciplinary teaching via the internet. Comput Methods Programs Biomed 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- Friedl R, Preisack M, Schefer M, Klas W, Tremper J, Rose T, Bay J, Albers J, Engels P, Guilliard P, Vahl CF, Hannekum A. CardioOp: an integrated approach to teleteaching in cardiac surgery. Stud Health Technol Inform 2000

- Frueh BC, Deitsch SE, Santos AB, Gold PB, Johnson MR, Meisler N, Magruder KM, Ballenger JC. Procedural and methodological issues in telepsychiatry research and program development. *Psychiatr Serv* 2000
- Galanter, M. Use of the *Internet* for *Addiction* Education: Combining Network Therapy With Pharmacotherapy. *American journal on addictions* 1998
- Galbraith J., La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni, Problemi di gestione, vol.9, 1975
- Gartner Group, Rapporto sui principali tools per interventi di Business Process Reengineering, 1998-99
- Grilli R., Penna A.e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Hewett DJ, Web alert. *Curr Pain Headache Rep*, 2001
- Huang MP., Alessi NE, The Internet and the future of psychiatry, *Am J Psychiatry*, 1996 Jul; Stein DJ, 1997
- Huang, A. H. *Online Training: A New Form of Computer-Based Training Journal of education for business*: 1997
- Johnston D, Jones BN 3rd.Telepsychiatry consultations to a rural nursing facility: a 2-year experience. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2001
- Kingsnorth AN, Campbell JK, Vranich A. Teleteaching--a practical and economical method of delivering surgical education. *Ann R Coll Surg Engl* 1999
- Masero V, Moreno J, Andres F, Silva A, Chambel J, Uson J. Telereconstruction from computerized tomography images for the distance teaching of medicine. *J Telemed Telecare* 2000;6 Suppl 2
- Matarrese P, Helwig A., The development and assessment of Web-based health information for a corporate Intranet-a pilot study. *Proc AMIA Symp*, 2000
- Matthies HK, Walter GF, Brandis A, Stan AC, Ammann A, von Jan U, Porth AJ. The interactive use of networking multimedia--innovative education resource for professionals and patients. *Stud Health Technol Inform* 1999
- May C, Gask L, Atkinson T, Ellis N, Mair F, Esmail A. Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. *Soc Sci Med* 2001
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- ONU, World Drug report 2000, United Nations Office for Drug Control and Crime Prevention, 2000
- Peuker ET, Filler TJ, Jerosch J, Held W. [Possibilities of multimedia online teaching in medical education]. *Zentralbl Gynakol* 1998
- Picot J. Meeting the need for educational standards in the practice of telemedicine and telehealth. *J Telemed Telecare* 2000
- Rohland BM. Telepsychiatry in the heartland: if we build it, will they come? *Community Ment Health J* 2001
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RBEvidence-based Medicine: How to Practise and Teach EBM Second Edition. Churchill Livingstone: Edinburgh, 2000.
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995
- Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE Jr, Khosla UM, McElroy SL.Psychiatric features of individuals with problematic internet use. *J Affect Disord* 2000
- Sheer A.L., A new approach to business processes, *IBM Systems Journal*, vol.32, 1993
- Simpson J, Doze S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. Evaluation of a routine telepsychiatry service. *J Telemed Telecare* 2001
- Simpson J, Doze S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. Telepsychiatry as a routine service - the perspective of the patient. *J Telemed Telecare* 2001
- Stalidis G, Prentza A, Vlachos IN, Anogianakis G, Maglavera S, Koutsouris D., Intranet health clinic: Web-based medical support services employing XML. *Stud Health Technol Inform*, 2000
- Stein DJ, Internet addiction, Internet psychotherapy [letter; comment] *Am J Psychiatry*, 1997 Jun
- Stephenson J.,Using the Internet to facilitate computerized patient records. *Med Group Manage J, Suppl* 2000
- Talli M., D'Andrea A., Cantelmi T., "Strumenti per la valutazione della IAD-PCU", *Formazione Psichiatrica*, XIX 1-2, 1998
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, Masson, 1996
- Vought RG, Grigsby RK, Adams LN, Shevitz SA. Telepsychiatry: addressing mental health needs in Georgia. *Community Ment Health J* 2000
- Wasson JH, James C, Implementation of Web-based interaction technology to improve the quality of a city's health care. *J Ambulatory Care Manage*, 2001
- Werner A.Unanswered questions about telepsychiatry. *Psychiatr Serv* 2001
- Wilkinson, Accounting and information system, John Wiley & Son.s, 1991
- Wolf, E. M.; Beard, K. W.Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for *Internet Addiction* 4,2001



Wulff HR. Rational Diagnosis and Treatment; Evidence-based Clinical Decision Making. Oxford: Blackwell Science, 2000.

Young K.S. "Caught in the Net" John Wiley & Sons, New York, 1998

Young KS, Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype [see comments], Psychol Rep, 1996



STRUMENTI INFORMATIZZATI PER LA VALUTAZIONE CLINICA DEL PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE: CARATTERISTICHE TECNICHE E FINALITÀ

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Monica Zermiani ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. Sezione Screening HIV - Centro di Medicina Preventiva - Azienda ULSS 20 Verona

INTRODUZIONE

Lo scopo del presente lavoro è quello di presentare in modo sintetico, ma esaustivo i principali strumenti presenti nella piattaforma multifunzionale mFp ©. Per ogni strumento è stata predisposta una scheda che contiene le principali informazioni tra cui:

- 1) la collocazione;
- 2) l'obiettivo generale;
- 3) le funzioni principali;
- 4) le informazioni che si ottengono;
- 5) le modalità di restituzione dei risultati;
- 6) le principali voci bibliografiche.

La mFp, ovvero MultiFunctional Platform, è un insieme di programmi finalizzati al supporto degli operatori nella gestione clinica dei pazienti e nel management dell'unità operativa. È costituita da una serie di strumenti che forniscono informazioni semplici, chiare e sintetiche in forma tabellare e grafica. Tali strumenti sono finalizzati alla valutazione del paziente tossicodipendente sia dal punto di vista delle abilità preventive, sia da quello sociale e psicologico, con lo scopo di favorire i processi di problem solving e decision-making.

In questo modo è possibile avere una sintesi sulle caratteristiche, proprietà e limiti degli strumenti, il principio comune è quello di rendere uniforme la valutazione con indubbi vantaggi sia dal punto di vista clinico che da quello gestionale. Per alcuni strumenti, il CBE. 3.0 (2000) e il SSAS, vi è poi il criterio della "gravità", ossia la possibilità di valutare i pazienti tossicodipendenti secondo il criterio della compromissione clinica.

Un altro criterio con cui vanno valutati gli strumenti è il "livello di valutazione", di solito si

considera una valutazione di primo livello quella generale legata ai primi momenti di accesso al servizio, quella di secondo livello va considerata approfondita e specifica e, di solito, è successiva ai primi momenti dell'accesso al servizio.

Vanno considerati strumenti di primo livello: la Valutazione della Domanda Espressa, l'Analisi dei bisogni percepiti ed osservati, il CBE.3, il Sistema di check-list per la valutazione delle abilità preventive relative al rischio infettivo e all'overdose, il Sistema di check-list per la valutazione del rischio HIV.

Vanno considerati strumenti di secondo livello: il questionario della motivazione al cambiamento (MAC/E), il SSAS.

La maggior parte degli strumenti sono stati pensati e creati per pazienti tossicodipendenti, eccezion fatta per la batteria della valutazione del rischio HIV, strumento di valutazione per la popolazione generale a rischio che giunge al servizio per il test HIV.

SCHEDA PER L'ANALISI DEI BISOGNI PERCEPITI ED OSSERVATI (B.P.O)

Ideazione: G. Serpelloni

Analisi e Sviluppo: G. Serpelloni, M. Zermiani

Programmazione: D. Gibbin

Revisione contenutistica: Gruppo di lavoro Progetto M.M.E. (Regione Veneto)

Che cosa è

È uno strumento per il rilevamento dei principali bisogni percepiti "in entrata" dal paziente tossicodipendente confrontati con quelli osservati dall'operatore.

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto alla gestione delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che manageriale.

Qual è la cornice teorica di riferimento

I principali fattori che influenzano il trattamento di una persona sono la motivazione al cambiamento, le pressioni sociali, i bisogni individuali e il tipo di trattamento. In un processo di assessment diventa, quindi, fondamentale valutare gli aspetti dei bisogni percepiti e osservare come questi si scostino dai bisogni osservati dall'operatore.

Qual'è l'obiettivo generale

Fornire una descrizione generale dei bisogni che il paziente sente di avere (bisogni percepiti), rilevare i bisogni che l'operatore ritiene siano necessari per il paziente (bisogni rilevati), evidenziando e quantificando l'eventuale scostamento. Per bisogno si intende la necessità di essere aiutato con supporti, interventi e/o terapie di vario tipo, al fine di risolvere un problema e ripristinare od acquisire una situazione normale e positiva.

La scheda dei bisogni segue un algoritmo logico di rilevamento dei bisogni che prende in considerazione in modo sistematico le quattro aree dei bisogni del paziente tossicodipendente: situazione sociale/legale, assistenziali generali (medici-psicologici), di trattamenti specifici per



sostanze, di informazioni preventive specifiche.

Cosa consente di ottenere

Consente di ottenere:

- analisi quantitativa dei bisogni percepiti da parte del paziente con una descrizione mediante una scala a sette livelli che riporta il giudizio del bisogno (da “per niente” a “moltissimo”);
- analisi quantitativa generale dei bisogni rilevati da parte dell'operatore con una descrizione mediante una scala a sette livelli che riporta il giudizio del bisogno del paziente (da “per niente” a “moltissimo”);
- un confronto tra i bisogni percepiti/rilevati che consente di cogliere il grado di dissonanza tra le due analisi e, quindi, l'esame di realtà del paziente relativamente ai suoi bisogni.

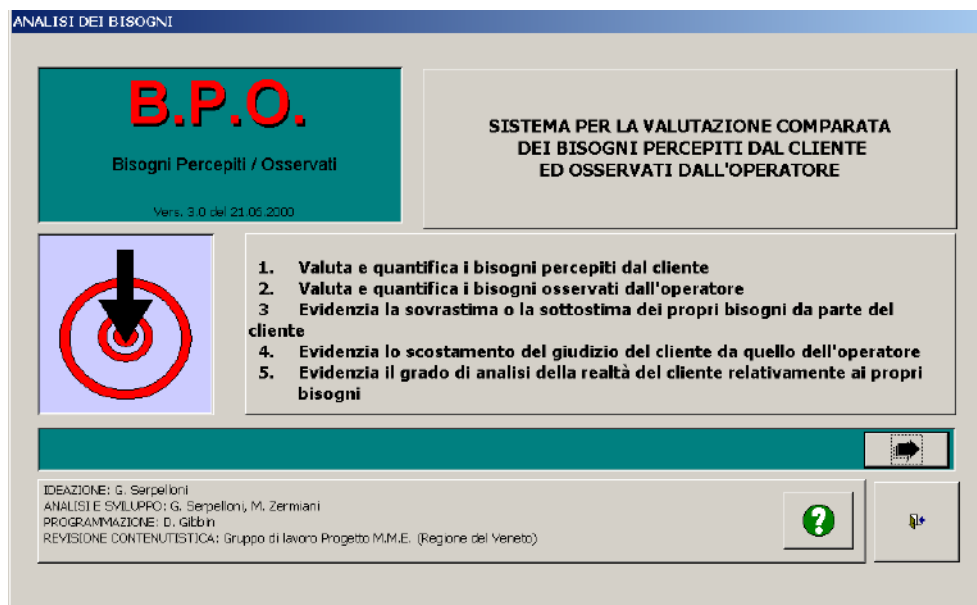
Come si presenta

La scheda offre un “feedback” immediato della situazione del paziente tramite tabelle numeriche ed alcuni grafici, ad alto impatto visivo, dove è possibile avere un'immediata percezione della discrepanza nell'analisi tra i bisogni individuati del paziente e quelli dell'operatore.

Qual'è la rappresentazione grafica

- visualizzazione immediata della “sovrastima” o “sottostima” dei bisogni del cliente;
- visualizzazione in forma grafica del grado di dissonanza del cliente/operatore e, quindi, l'analisi della realtà (relativamente ai bisogni) che il cliente presenta in quel determinato momento.

Fig. 1: Sistema informatizzato per la valutazione comparata dei bisogni percepiti dal cliente e osservati dall'operatore



Fonti bibliografiche B.P.O.

- American Psychiatric Association (1996) "DSM IV Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali" Eds Masson
- Graham K. (1994) "Guidelines for using standardized outcome measures following addictions treatment" Evaluation and the Health Professions Vol. 17 no 1
- Rounsaville B.J., Tims F.M., Horton A.M., Sowder B.J. (1993) "Diagnostic Source book on drug abuse research and treatment" (NIDA Research Monograph) Washington D.C. Government Printing Office
- Simpson D.D. (1992) TCU/DATAR forms manual: Drug Abuse Treatment for AIDS-Risk Reduction, Texas University, Institute of Behavioral
- Simpson D.D., Joe G.W., Rowan-Szal G.A., Greener J.M. (1997) "Drug Abuse treatment process components that improve retention" Journal of Substance Abuse Treatment 14(6), 565-572

SCHEDA PER LA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA ESPRESSA: UN SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DELLA DOMANDA ESPRESSA DAL CLIENTE

Ideazione: G. Serpelloni

Analisi e Sviluppo: G. Serpelloni, M. Zermiani

Programmazione: D. Gibbin

Revisione contenutistica: Gruppo di lavoro Progetto M.M.E. (Regione Veneto)

Che cos'è

È uno strumento per il rilevamento della domanda espressa "in entrata" del paziente tossicodipendente. Per "domanda espressa" in ambito assistenziale si intende una richiesta esplicita di intervento da parte di un cliente nei confronti del servizio. La domanda può essere esplicitata come una semplice presentazione di problemi o un'effettiva richiesta di prestazioni.

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto alla gestione delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che manageriale.

Qual è la cornice teorica di riferimento

Uno degli aspetti principali da valutare, oltre alla verifica dei bisogni, è la valutazione della domanda che il paziente esprime al momento dell'accesso al servizio.

I principali fattori che influenzano il trattamento di una persona sono la motivazione al cambiamento, le pressioni interni/esterne, i bisogni individuali (psicologici, sociali, sanitari, legali). In un processo di assessment diventa, quindi, fondamentale valutare il tipo di domanda che il paziente pone, il grado di consapevolezza rispetto ai suoi bisogni e alle pressioni che lo hanno spinto a chiedere aiuto.

Un'altra particolarità dei tossicodipendenti è che molto spesso la domanda d'aiuto non è congruente con i fini preventivi, terapeutici e riabilitativi. Vi è spesso quindi da parte dell'operatore un forte bisogno di ricodificare la domanda e di arrivare a comprendere esattamente i bisogni reali che hanno necessità di essere soddisfatti in un'ottica di congruità della prestazione socio-sanitaria.



Qual'è l'obiettivo generale

La scheda della domanda espressa si pone l'obiettivo di prendere in considerazione i seguenti elementi:

- la fonte di invio;
- il tipo di richiesta testuale/specifica;
- le motivazioni espresse al trattamento (sia spontanee, che su richiesta dell'operatore);
- le eventuali fonti di pressione (esplicitate e stimate);
- i vincoli posti dal paziente al trattamento.

Cosa consente di ottenere, verificare:

- la fonte di invio;
- la richiesta del cliente relativa a terapia farmacologica, inserimento in comunità, supporto sanitario, supporto psicologico, supporto sociale e legale;
- le motivazioni espresse;
- le possibili fonti di pressione esterne.

Come si presenta

La scheda della domanda espressa è disponibile in versione cartacea e in versione informatica.

Il sistema è composto da una serie di schede (fonte, terapia farmacologica, Comunità, supporto sanitario, sociale e legale, motivazioni, fonti di pressione) e, nella versione informatica, una scheda sintetica dove vengono riportate "in sintesi" le richieste del paziente.

Fig. 2: Sistema informatizzato per la valutazione della domanda espressa dal cliente



Fonti bibliografiche Domanda Espressa

- American Psychiatric Association (1996) "DSM IV Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali" Eds Masson
- Graham K. (1994) "Guidelines for using standardized outcome measures following addictions treatment" Evaluation and the Health Professions Vol. 17 no 1
- Rounsaville B.J., Tims F.M., Horton A.M., Sowder B.J. (1993) "Diagnostic Source book on drug abuse research and treatment" (NIDA Research Monograph) Washington D.C. Government Printing Office
- Simpson D.D. (1992) TCU/DATAR forms manual: Drug Abuse Treatment for AIDS-Risk Reduction, Texas University, Institute of Behavioral
- Simpson D.D., Joe G.W., Rowan-Szal G.A., Greener J.M. (1997) "Drug Abuse treatment process components that improve retention" Journal of Substance Abuse Treatment 14(6), 565-572

SISTEMA DI CHECK-LIST PER LA VALUTAZIONE DELLE ABILITÀ PREVENTIVE RELATIVE AL RISCHIO INFETTIVO E ALL'OVERDOSE

Ideazione: G. Serpelloni

Analisi e sviluppo: G. Serpelloni, D. Gibbin

Programmazione: D. Gibbin

Revisione contenutistica: Progetto P.O.S. del Ministero della Sanità

R. Frighetto, S. Montresor, M. Zermiani, A. Farinelli

Preparazione delle check-list: M. Zermiani

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto alla gestione delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che gestionale.

Qual'è l'obiettivo generale, modificare il comportamento delle persone tossicodipendenti tramite lo sviluppo di abilità pratiche preventive, individuali al fine di:

- ridurre il rischio di infezione da HIV, epatite, setticemie e delle altre infezioni a trasmissione parenterale;
- ridurre il rischio di morte per overdose.

Quali sono le sue funzioni

1. Esegue una valutazione standardizzata delle abilità preventive primarie per le procedure iniettive a rischio (preparazione, iniezione, smaltimento), dell'uso del profilattico e del soccorso in overdose.
2. Vengono distinte le fasi ritenute principali delle singole abilità (ad es. per il corso sull'uso del profilattico sono: scelta del profilattico, estrazione dalla confezione, posizionamento sul fallo, uso di lubrificanti, posizionamento del profilattico, momento dell'uso del profilattico).
3. Calcola un punteggio di abilità corrette, lo strumento offre, quindi, un punteggio complessivo che costituisce una misura significativa delle abilità preventive del soggetto.
4. Rappresenta graficamente la situazione della persona. Mediante alcuni grafici, ad alto impatto visivo, è possibile avere un'immediata percezione delle abilità preventive del paziente.
5. Confronta la situazione con quella della popolazione residente nel sistema. Ciò



consente di avere un riferimento con la popolazione più vicina al singolo paziente.

6. Esegue confronti di serie storiche nell'accertamento degli esiti nel tempo. Ciò è necessario sia per motivi clinici sia perché mediante l'elaborazione di questi è possibile fare valutazioni da un punto di vista amministrativo e manageriale. Lo strumento permette di rilevare nel tempo, con i tempi indicati, gli indicatori che più si considerano sensibili per misurare l'outcome.

Cosa serve

Sono strumenti per il rilevamento delle principali abilità preventive del paziente tossicodipendente. Il sistema permette di ottenere un profilo sintetico e di facile comprensione delle abilità pratiche preventive primarie del soggetto.

Cosa consente di osservare

Consente i seguenti livelli di osservazione:

- analisi del grado di rischio infettivo, sessuale e di overdose;
- analisi delle abilità preventive relative al rischio infettivo e di overdose in una fase precedente al training di modifica comportamentale;
- analisi delle abilità preventive relative al rischio infettivo e di overdose in una fase successiva al training di modifica comportamentale;
- quantificazione del grado di abilità (delta) che il training aggiunge o diminuisce.

Come è strutturato

Il modello teorico di riferimento è il Progetto per Operatori di Prevenzione in strada POS, ossia il Progetto del Ministero della Sanità per la prevenzione dell'infezione da HIV e patologie correlate nei TD mediante operatori di strada. Si tratta di un modello di prevenzione secondaria, in un contesto di sanità pubblica, rivolto ai pazienti TD attivi non ancora in contatto o a quelli che hanno abbandonato i servizi per le tossicodipendenze. I principali obiettivi di prevenzione sono ridurre il rischio infettivo durante la preparazione ed iniezione della droga, il saper smaltire correttamente una siringa dopo l'uso, il saper usare correttamente una siringa dopo l'uso; il saper usare correttamente un profilattico, il saper soccorrere un compagno in overdose.

Cosa fornisce il sistema

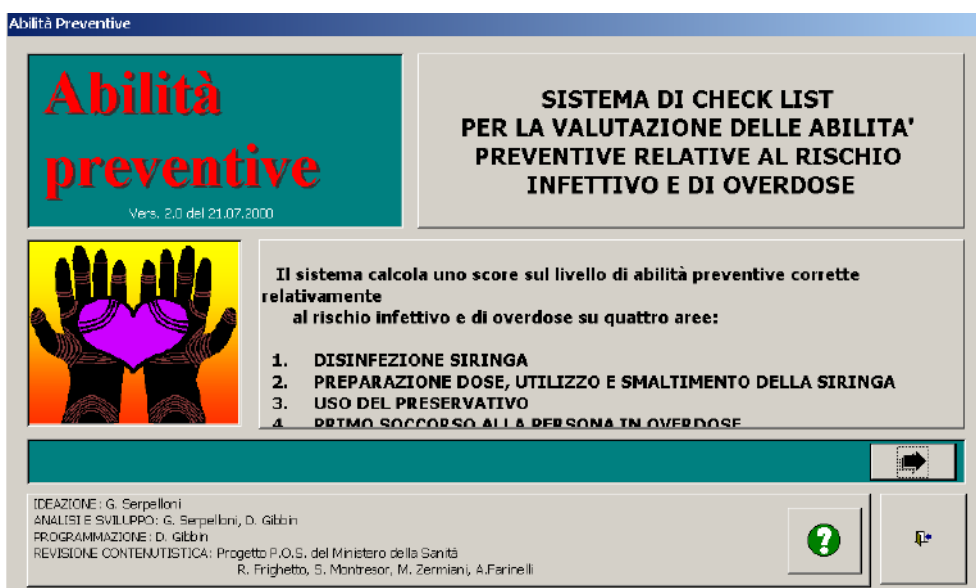
- elenco degli item delle singole check-list (disinfezione, preparazione dose, uso profilattico, primo soccorso);
- grafico riassuntivo con il grado di abilità percentuale delle singole check-list in fase di pre e post training comportamentale;
- grafico riassuntivo con il grado di abilità percentuale in pre e post training con l'indicazione del diverso grado di abilità (delta);
- grafici finali che rappresentano il punteggio di gravità per tutte le check-list;
- grafici finali che rappresentano il trend delle serie storiche del singolo soggetto.

Come sono state costruite le check-list

Nella fase di progettazione e programmazione sono state coinvolte varie strutture che

hanno fornito utili aiuti e consulenze: unità specialistiche HIV, rianimazione e pronto intervento, istituto di medicina legale, forze dell'ordine e mediatori culturali. La metodologia usata è stata una ricerca di tipo etnografico, ossia tramite colloqui informativi, interviste semi/strutturate si è proceduta ad una raccolta di una serie di informazioni circa le esperienze, i vissuti, le regole di gruppo, i rituali di comportamenti e di gruppo a gruppi di ex td o td attivi con un ruolo di opinion leader per il gruppo di appartenenza.

Fig. 3: Sistema informatizzato di check-list per la valutazione delle abilità preventive relative al rischio infettivo e di overdose



SISTEMA DI CHECK-LIST PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO HIV

Ideazione: G. Serpelloni

Analisi e sviluppo: G. Serpelloni, D. Gibbin

Programmazione: D. Gibbin

Revisione contenutistica: U. Galvan, S. Nardi, A. Rossi, V. Scolari, C. Tognetto, M. Zermiani

Preparazione delle check-list: M. Zermiani

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto alla gestione delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che gestionale.

Qual'è l'obiettivo generale

Conoscere il livello informativo generale, l'attitudine al rischio, l'atteggiamento verso l'HIV/AIDS, la percezione del rischio e l'ansia delle persone appartenenti alla popolazione generale al fine di attuare un intervento di counselling pre e post test HIV per ridurre il rischio di infezione da HIV, epatite, setticemie e delle altre infezioni a trasmissione sessuale.



Quali sono le sue funzioni

Esegue una valutazione standardizzata di:

- livello informativo, questionario di 25 item, che permette di rilevare le conoscenze del soggetto in merito alle modalità di trasmissione del virus HIV e delle norme preventive;
- la percezione del rischio, 9 item, che indagano il grado di percezione che il soggetto ha del proprio rischio;
- l'atteggiamento intende analizzare come i soggetti si pongono nei confronti dell'HIV, delle persone sieropositive e della tossicodipendenza, è costituito da 24 item;
- l'attitudine al rischio è un apposito strumento messo a punto da Zuckerman (1983) e che consta di 13 item che indagano la tendenza del soggetto a ricercare situazioni ad elevato stimolo emotivo che comportano spesso una condizione di rischio e pericolo.

Rappresenta graficamente la situazione della persona. Mediante alcuni grafici, ad alto impatto visivo, è possibile avere un'immediata percezione delle conoscenze, percezioni, attitudini e atteggiamenti preventivi del paziente.

Confronta la situazione con quella della popolazione residente nel sistema. Ciò consente di avere un riferimento con la popolazione più vicina al singolo paziente.

Esegue confronti di serie storiche nell'accertamento degli esiti nel tempo. Ciò è necessario sia per motivi clinici sia perché mediante l'elaborazione di questi è possibile fare valutazioni da un punto di vista amministrativo e manageriale. Lo strumento permette di rilevare nel tempo, con i tempi indicati, gli indicatori che più si considerano sensibili per misurare l'outcome.

Cosa serve

Sono strumenti per il rilevamento dei principali fattori determinanti i comportamenti a rischio per l'HIV. Il sistema permette di ottenere un profilo sintetico e di facile comprensione delle conoscenze preventive del soggetto.

Cosa consente di osservare

Consente i seguenti livelli di osservazione:

- livello di conoscenze HIV AIDS del soggetto, inteso come il grado di conoscenza corretta su AIDS, infezione da HIV e modalità preventive;
- atteggiamento nei confronti del problema HIV, ossia l'insieme di credenze e stereotipi rispetto alla possibilità di infezione, alle persone sieropositive e alle norme profilattiche;
- attitudini al rischio, ossia il tratto di personalità in grado maggiore o minore in ogni individuo;
- percezione del rischio, ossia l'interpretazione cognitiva affettiva e comportamentale che il soggetto elabora nei confronti di eventi esterni in grado di indurgli danno.

Come è strutturato

I modelli teorici di riferimento sono "The Health belief Model" di M.H.Becker, "Theory of Reasoned Action" di M. Fishbein, "Social Learning Theory" di A.Bandura.

Cosa fornisce il sistema

- elenco degli item dei singoli questionari
- grafico riassuntivo con i punteggi dei singoli questionari in fase di pre e post counselling;
- grafici finali che rappresentano il punteggio sui fattori indagati;
- grafici finali che rappresentano il trend delle serie storiche del singolo soggetto;

Fig. 4: Questionari informatizzati per la valutazione del rischio HIV (Livello Informativo, Atteggiamento nei confronti dell'infezione da HIV, Attitudine al Rischio, Percezione Rischio HIV)

A

LIVELLO INFORMATIVO

LIVELLO INFORMATIVO HIV
Vers. 1.0 del 17/04/2001

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI CONOSCENZA DEL RISCHIO HIV E DELLE MODALITA' PREVENTIVE

Valuta e quantifica il livello di conoscenza del rischio HIV e delle modalità preventive

IDEAZIONE: G. Serpelloni
ANALISI E SVILUPPO: G. Serpelloni, M. Zermiani
PROGRAMMAZIONE: D. Giblin
REVISIONE CONTENUTISTICA: U. Galvan, S. Nardi, A. Rossi, Y. Scolari, C. Tognetto, M. Zermiani

B

ATTEGGIAMENTO

ATH
Vers. 1.0 del 17/04/2001

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTEGGIAMENTO NEI CONFRONTI DELL'INFEZIONE DA HIV

Valuta e quantifica l'atteggiamento del cliente nei confronti della prevenzione nei confronti dell'infezione da HIV

IDEAZIONE: G. Serpelloni
ANALISI E SVILUPPO: G. Serpelloni, M. Zermiani, U. Galvan
PROGRAMMAZIONE: D. Giblin
REVISIONE CONTENUTISTICA: U. Galvan, S. Nardi, A. Rossi, Y. Scolari, C. Tognetto, M. Zermiani



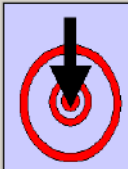
C

PERCEZIONE DEL RISCHIO

PRH

Vers. 1.0 del 17.04.2001

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA PERCEZIONE DEL RISCHIO PER L'INFEZIONE DA HIV



Il presente questionario misura la percezione del rischio, cioè quanto una persona è in grado di percepire come vicino a sé e reale un rischio di infezione da HIV. Di solito non dipende tanto da quanto una persona conosce dell'infezione da HIV piuttosto da altri fattori come l'attitudine al rischio, l'atteggiamento nei confronti dell'AIDS

IDEAZIONE: G. Serpelloni
ANALISI E SVILUPPO: G. Serpelloni, M. Zermiani, U. Galiani
PROGRAMMAZIONE: D. Giblin
REVISIONE CONTENUTISTICA: U. Galiani, S. Nardi, A. Rossi, V. Scolari, C. Tognetta, M. Zermiani

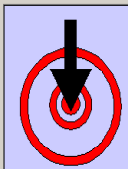
D

ATTITUDINE

ATTITUDINE AL RISCHIO

Vers. 1.0 del 17.04.2001

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL'ATTITUDINE AL RISCHIO DEL PAZIENTE



Valuta e quantifica l'atteggiamento del cliente nei confronti dell'attitudine del paziente al rischio

IDEAZIONE E PUBBLICAZIONE: M. Zuckerman (Psicologia contemporanea n. 59 1983)
ANALISI E SVILUPPO: G. Serpelloni
PROGRAMMAZIONE: D. Giblin
REVISIONE CONTENUTISTICA: G. Serpelloni

Fonti bibliografica Check-list

- Serpelloni G., Rossi A. "HIV/AIDS e Droga" Manuale per operatori di prevenzione L'intervento in strada (1996)
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M. Eroina Infezione da HIV e patologie correlate Eds Leonard (1995)
- Serpelloni G., Pirastu R., Brugnoli O. Medicina delle tossicodipendenze (1996) edizioni S.E.M.G.
- Dianzani F., Ippolito G., Moroni M. AIDS Il contributo italiano eds Piccin (1998)
- Serpelloni G., Schifano F. "Prevenzione e trattamento dell'overdose da eroina e degli effetti acuti dell'ectasy. Linee guida" Eds La grafica (2000)

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELLA MOTIVAZIONE AL CAMBIAMENTO (VERSIONE PER L'USO DI EROINA)

Ideazione: G.P. Guelfi, V. Spiller, M. Scaglia

Programmazione: C. Bettero

Interfaccia grafica: G. Serpelloni

Dove si colloca

È uno strumento ideato e prodotto dal Servizio Tossicodipendenze della USL n.3 della Regione Liguria.

La versione informatica si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp 2000). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che gestionale in un'ottica che fa riferimento al Total Quality Management.

Qual'è l'obiettivo generale

Nell'affrontare le problematiche relative al trattamento delle dipendenze da sostanze è fondamentale valutare i fattori relativi alla motivazione al cambiamento. Questo aspetto assume una importanza critica nella decisione dell'attuazione di diversi interventi. Vi è la necessità di conoscere lo stadio del cambiamento in cui si trova il paziente per poter offrirgli l'intervento più adatto e più accettabile.

Quali sono le sue funzioni

1. Individuare lo stadio del cambiamento. La prospettiva degli stadi del cambiamento deriva dall'approccio transteorico di Prochaska e Di Clemente che indica come sia necessario adeguare il tipo di intervento alla motivazione del paziente e al suo grado di disponibilità al cambiamento. Quest'ultimo aspetto viene sintetizzato dalla possibilità di collocare il paziente in sei diverse posizioni (Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione, Mantenimento e Ricaduta).
2. Calcolare la frattura interiore o dissonanza cognitiva. La frattura interiore rappresenta la discrepanza fra la situazione attuale del soggetto e la condizione che egli vorrebbe ottenere, in base ai propri valori ed alle aspettative di sé. È un concetto assai ampio che abbraccia condizioni emotive ed esperienze complesse.
3. Calcolare l'autoefficacia (self-efficacy), ossia la fiducia di un individuo nella propria capacità di attuare un comportamento prestabilito e di essere in grado di affrontare e risolvere un problema/situazione. Si tratta di un insieme di valutazioni del soggetto rispetto alla propria possibilità di raggiungere un obiettivo specifico in un tempo determinato. Il grado di autoefficacia è stato identificato come uno dei fattori prognostici più significativi in relazione all'esito dei trattamenti e nella prevenzione della ricaduta.

Cosa serve

Lo strumento permette di conoscere sia lo stadio del cambiamento in cui il soggetto si trova, sia un'analisi delle capacità dinamiche dei soggetti, ossia la possibilità di muoversi da uno stadio all'altro, con una stima dell'autoefficacia e della frattura interiore. L'applicazione del MAC/E può permettere di valutare il peso di tali fattori sia nella scelta dei trattamenti sia nei loro



risultati.

Cosa consente di osservare

1. Un profilo di disponibilità al cambiamento, che si ottiene riportando i punteggi dei quattro stadi Precontemplazione, Contemplazione, Determinazione, Azione su un semplice grafico in modo da ottenere una valutazione che rende ragione “a colpo d'occhio” della globalità dei punteggi ottenuti nei quattro stadi. Le informazioni sugli stadi del cambiamento sono di grande importanza in quanto forniscono utili indicazioni sugli obiettivi che è possibile perseguire con successo negli interventi con i pazienti. A seconda dello stadio in cui il paziente si trova esistono, infatti, obiettivi che possono essere raggiunti e, di conseguenza, interventi più o meno opportuni, in accordo con le indicazioni del modello transteorico.
2. Un indice di disponibilità al cambiamento (R), ossia un indice numerico che riassume l'andamento del profilo di disponibilità. L'indice R è utile per fornire una valutazione numerica di sintesi della disponibilità al cambiamento.
3. Un punteggio relativo all'autoefficacia, tale punteggio può dare indicazioni diverse, ad es. i soggetti con un punteggio basso hanno scarsa fiducia nelle proprie possibilità o hanno ancora una forte tentazione all'uso di sostanze, i soggetti con punteggi alti possono essere fortemente convinti di essere in grado di far fronte alla situazione con i propri mezzi non sentendo la necessità di aiuti esterni;
4. Un punteggio relativo alla frattura interiore, chi presenta al MAC/E bassi livelli di frattura interiore può non sentire la necessità di un cambiamento, un basso livello di frattura interiore è presente anche in chi ha effettuato e consolidato con successo un cambiamento.

Come è strutturato

Il MAC/E si compone di 24 item a cui bisogna rispondere secondo una scala Likert a 5 livelli che indica il grado di accordo o disaccordo con il contenuto della frase (da completamente non d'accordo a completamente d'accordo). I punteggi dei singoli item, opportunamente raggruppati, vengono sommati per ottenere i valori delle variabili che si intende valutare.

Come è stato costruito il MAC/E

Lo strumento MAC/E rappresenta la naturale evoluzione della versione italiana del Readiness to Change Questionare. La validazione del test è stata effettuata studiando la consistenza interna, l'affidabilità e la validità concorrente (utilizzando il test dei Ritratti). L'analisi della consistenza interna ha confermato che i gruppi di item possiedono le ipotizzate proprietà della scala; l'affidabilità è risultata comparabile con quella di un gruppo di controllo costituito da soggetti non tossicodipendenti; la validità concorrente ha evidenziato correlazioni altamente significative con il risultato di una valutazione parallela della motivazione (test dei Ritratti), sia nell'autosomministrazione del paziente sia nella valutazione dell'operatore di riferimento. Si ritiene, quindi, il MAC/E validato come strumento per misurare il livello di motivazione al cambiamento nei tossicodipendenti.

Fig. 5: Informatizzazione del Questionario per la motivazione al Cambiamento (versione uso eroina)

MAC / E
Release 1.2 - 1997

Questionario per la valutazione della Motivazione al Cambiamento versione per l'uso di eroina

FUNZIONI

- 1) Individua lo stadio del cambiamento
- 2) Calcola la Frattura Interiore
- 3) Calcola l'Autoefficacia

IDEAZIONE: Gian Paolo Guelfi, Valter Spiller, Maurizio Scaglia
ANALISI E SVILUPPO: G. Serpelloni, C. Bettero, E. Ancona
PROGRAMMAZIONE: C. Bettero
REVISIONE CONTENUTISTICA: Staff del SERT 1 VERONA

CONTINUA

Fonti bibliografiche check HIV

Bandura A. "Social Learning Theory" PrenticeHall Englewood Cliffs 1977

Becker M.H. "The Health Belief Model and personal health behavior" Slack Thorofare, NJ 1974

Carli L., Serpelloni G. Il counselling: livelli di intervento e fattori per le modifiche comportamentali in Serpelloni G. Bravi E. HIV e counselling eds La Grafica 1999

Fishbein M., Ajezen I. "Belief, Attitude, Intention and Behavior: an introduction to theory and research" Addison-Wesley, Reading MA 1975

Zuckerman M. "La ricerca di forti sensazioni" Psicologia comportamentale 1983 n.59

UN SISTEMA PER LA VALUTAZIONE DELLA GRAVITÀ CLINICA DEL PAZIENTE TOSSICODIPENDENTE: IL C.B.E. (VER 3.0/2000)

Ideazione: G. Serpelloni

Analisi e sviluppo: G. Serpelloni, C. Bettero, E. Ancona

Programmazione: C. Bettero

Revisione contenutistica: Staff del Ser.T 1 Azienda ULSS 20 Verona

Preparazione delle check-list: M. Zermiani

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp 2000). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il



supporto delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che gestionale in un'ottica che fa riferimento al Total Quality Management.

Cosa serve

Il CBE è uno strumento per ottenere una prima valutazione standardizzata della gravità clinica del paziente tossicodipendente. Il sistema è orientato al fine di ottenere un profilo sintetico e di facile comprensione della situazione del soggetto, mediante una lettura sistematica di quattro aree di interesse: tossicologica, medica, sociale e psicologica.

Qual'è l'obiettivo generale

Fornire una descrizione generale, rilevare la presenza di problemi tossicologici, medici, sociali psicologici e di misurarne la gravità attraverso l'inquadramento degli indicatori prescelti in quattro classi a gravità crescente (da 0 a 3). Il C.B.E. segue un algoritmo logico di indagine che prende in considerazione, in modo sistematico, le aree ritenute più importanti nella valutazione del soggetto al fine di ottenere una descrizione di base utile per la comprensione della gravità del paziente tossicodipendente e la programmazione degli interventi oltre che a cogliere (se utilizzato nel tempo) le variazioni di stato.

Quali sono le sue funzioni

1. Esegue una valutazione standardizzata di primo livello degli aspetti tossicologici, medici, sociali e psicologici che permette una visione dello stato del paziente sufficientemente ampia e dettagliata.
2. Calcola un punteggio di gravità per area; lo strumento offre, quindi, un punteggio complessivo che costituisce una misura "visibile" e rappresentativa della condizione del soggetto nelle varie aree.
3. Rappresenta graficamente la situazione della persona. Mediante alcuni grafici, ad alto impatto visivo, è possibile avere un'immediata percezione della gravità del paziente.
4. Confronta la situazione con quella della popolazione residente nel sistema acquisita durante l'uso. Ciò consente di avere un riferimento con la popolazione più vicina al singolo paziente.
5. Esegue confronti di serie storiche consentendo l'accertamento degli esiti dei trattamenti nel tempo. Ciò è necessario sia per motivi clinici sia perché mediante l'elaborazione di questi dati è possibile fare una valutazione anche da un punto di vista gestionale. Lo strumento permette di rilevare nel tempo, con i tempi predefiniti, gli indicatori che più si considerano rappresentativi per misurare l'outcome.

Come è strutturato

La struttura logica del CBE.3 trova fondamento logico nella valutazione multiassiale del "DSM IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" dell'American Psychiatric Association. Un sistema multiassiale fornisce un conveniente schema per organizzare e comunicare l'informazione clinica, per cogliere la complessità delle situazioni e per descrivere l'eterogeneità degli individui che si presentano con la stessa macro diagnosi. Un'altra fonte di riferimento per il CBE.3 è stata una batteria di valutazione di accoglienza dei pazienti tossicodipendenti proposta dall'"Institute of Behavioral Research" della Texas Christian University detta TCU/DATAR. In tale batteria sono presentate 14 schede per una valutazione

multiassiale del paziente tossicodipendente. Il CBE.3 si inquadra, quindi, all'interno di una metodologia clinimetrica per la valutazione quantitativa e sistematica dei problemi generali del soggetto; è composto di 4 tabelle che corrispondono alle principali aree di valutazione (tossicologica, medica, sociale e psicologica).

Cosa fornisce il sistema

- Descrizione per singola area dello stato di gravità.
- Tabella riassuntiva con il grado di problematicità delle singole aree.
- Tabelle riassuntive del giudizio del paziente sul suo grado di problematicità e confronto con quello dell'operatore.
- Grafici finali che rappresentano il punteggio di gravità per tutte le aree.
- Grafici che rappresentano il trend delle serie storiche del singolo soggetto.
- Come è stato costruito il CBE. 3.

Per la scelta degli indicatori delle singole aree si è proceduto con la tecnica del Nominal Group Technique (NGT). Tale tecnica è atta alla gestione di riunioni organizzate per produrre stime e previsioni su problemi che non possono essere trattati con tecniche quantitative o per prendere decisioni su problemi non sufficientemente noti o, comunque, non controllabili con processi decisionali rigidi. La riunione gestita con la tecnica NGT ha visto la partecipazione di un gruppo ristretto di esperti giudici (da 7 a 12), chiamati ad interagire fra di loro attraverso un processo diretto e strutturato. Per processo diretto e strutturato di comunicazione si intende un confronto fra esperti che si sviluppa mettendo tutti i giudici coinvolti attorno ad un tavolo, non lasciando, però, la comunicazione libera, bensì strutturandola lungo un percorso ben definito. Si sono così identificate tutte le variabili (indicatori) che gli operatori ritenevano indispensabili nella valutazione dello stato di gravità del soggetto. Per ogni indicatore si è poi concordata una descrizione in quattro classi di gravità crescente e definito un peso. Così facendo si è creato anche un "profilo ponderale" dello strumento che può essere personalizzato da ciascuna équipe sulla base della propria esperienza creando fino a dieci profili e confrontando con il profilo standard interno.

Sintesi delle principali caratteristiche del CBE.3

Check-list

Per check-list si intende un elenco ragionato di aree di indagine sequenziato in un predeterminato ordine logico. Le aree e i singoli item sono state elaborate mediante un'esplicitazione dei processi mentali con i quali i singoli operatori, con le specifiche professionalità, eseguono l'analisi dei problemi dei loro pazienti. Ciò ha permesso di usufruire dell'expertise degli operatori e ha dato la possibilità di scegliere quelle aree di indagine su cui c'era maggiore accordo al fine di cogliere la situazione di gravità. La misurazione di tali variabili è stata fatta al "negativo", ossia si va a misurare il problema e non la risorsa.

Consente una valutazione Standardizzata

Il concetto di processo standardizzato è qui inteso come l'uso di una valutazione e/o procedura di ammissione uniforme per tutti i pazienti in entrata al SerT. Questo è stato ideato per risolvere un frequente problema esistente nei servizi per cui i pazienti erano sottoposti a diverse valutazioni che dipendevano dagli operatori e, spesso, dalla specifica formazione di questi.

Multidimensionale

La valutazione comprende le dimensioni ritenute principali e che permettono una visione completa degli aspetti del paziente sufficientemente ampia e dettagliata.

Comparabile con la popolazione osservata e memorizzata nel sistema.



Con questo sistema è possibile confrontare i dati del singolo paziente con quelli della popolazione di riferimento immagazzinati nel tempo dal sistema. Ciò consente di avere un riferimento immediato dello stato di gravità del paziente confrontato con la popolazione di pazienti fino a quel momento osservati dal sistema.

Tabellare e grafica

Il CBE.3 offre un “feedback” immediato della situazione clinica del paziente in quanto tramite tabelle e grafici, ad alto impatto visivo, è possibile avere un’immediata percezione della gravità del paziente. Questa funzione è stata particolarmente studiata e sviluppata al fine di rendere il sistema un reale strumento di supporto all’operatore durante i processi di problem analysis e problem solving. Le tabelle e i grafici sono facilmente utilizzabili, infatti, anche durante le riunioni d’équipe per la discussione del caso clinico con una valutazione standardizzata e completa.

Finalizzata ad evidenziare le variazioni nel tempo del grado di salute (OUTCOME)

L’accertamento degli esiti nel tempo è necessario sia per motivi clinici sia perché mediante l’elaborazione di questi è possibile fare valutazione da un punto di vista gestionale (efficacia degli interventi in relazione all’impiego di risorse richiesto). Lo strumento permette di rilevare nel tempo, con i tempi indicati, gli indicatori che più si considerano sensibili per misurare l’outcome.

Fig. 6: Sistema di check-list informatizzato per la valutazione multidimensionale della gravità clinica nelle tossicodipendenze

 Versione 3 del 13/05/1999		Sistema di checklist per la valutazione multidimensionale della gravità clinica nelle tossicodipendenze	
1	AREA TOSSICOLOGICA	VALUTAZIONE 1) Standardizzata 2) Multidimensionale 3) Comparata con la popolazione osservata memorizzata nel sistema 4) Tabellare e grafica 5) Finalizzata ad evidenziare le variazioni nel tempo del grado di salute (OUTCOME)	
2	AREA MEDICA		
3	AREA SOCIALE		
4	AREA PSICOLOGICA		
		IDEAZIONE: G. Serpelloni, M. Zermiani ANALISI E SVILUPPO: G. Serpelloni, C. Belleri, E. Ancona PROGRAMMAZIONE: C. Belleri REVISIONE CONTENUTISTICA: Staff del SEPT 1 VERONA	
		CONTINUA	

Fonti bibliografiche C.B.E.

American Psychiatric Association (1996) “DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali” Eds Masson
 American Psychiatric Association (1996) “DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali” Eds Masson
 Boncori L. (1993) Teoria e tecniche dei test. Torino, Bollati Boringhieri

- Consoli A., Bennardo A. (1997) Diagnosi e valutazione nelle tossicodipendenze e nell'alcolismo Addiction Severity Index, Torino, Centro Scientifico Editore
- Delbecq A.L., Van de Ven A.H., Gustafson D.H. (1975) Group Techniques for Program Planning: a Guide to Nominal Group and Delphi Process Scott Foreman & CO, Gleniew (III)
- De Lisio G., Maremmani I., Bani A. (1984) S.A.S.A. by Zuing and Eddy, Istituto di Clinica Psichiatrica, Università di Pisa
- Graham K. (1994) Guidelines for using standardized outcome measures following addictions treatment, Evaluation & the Health Professions Vol.17 No.1
- Lowinson J.H., Ruiz P., Millman R.B. (1981) Substance Abuse A comprehensive textbook Second Edition Eds Williams & Wilkins
- Maremmani I., Castrogiovanni P. (1989) Scheda per la rilevazione dell'abuso di sostanze A cura dell'Istituto di Clinica Psichiatrica, Università di Pisa
- McLellan A.T., Luborsky L., Woody G.E., O'Brien C.P. (1980) An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index, Journal of Nervous and Mental Disease, 168, 26-33
- Nehemkis J., Macari M., Lettieri D. (1976) Drug Abuse instrument handbook, National Institute on Drug Abuse, U.S Dept. H.E. 6 W.
- Pittel S.M., Hofer R. (1973) A systematic approach to drug abuse treatment referral, J. Psychedelic Drugs, 6(1), 253
- Rounsaville B.J., Tims F. M., Horton A.M., Sowder B.J. (1993) "Diagnostic source book on drug abuse research and treatment" (NIDA Research Monograph) Washington DC U.S. Government Printing
- Sells S.B. (1969) Drug abuse reporting program-admission record, NIMH Form MH -193, Texas Christian University
- Serpelloni G. (1995) Sistema sperimentale per la valutazione della gravità clinica del paziente che utilizza l'eroina in Serpelloni G. Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Verona, Leonard Edizioni
- Tamburini M. (1992) Strumenti di valutazione della qualità di vita. Le scale analogiche visive. Eds CILAG

STANDARDIZED SOCIAL ASSESSMENT SYSTEM (S.S.A.S..) SISTEMA PER LA VALUTAZIONE STANDARDIZZATA DEGLI ASPETTI SOCIALI DELLA PERSONA TOSSICODIPENDENTE (VER 3.0)

Ideazione: G. Serpelloni, R. Tajoli

Analisi e sviluppo: G. Serpelloni, C. Bettero, E. Ancona

Programmazione: C. Bettero

Revisione contenutistica: Assistenti sociali del Ser.T 1 di Verona e Gruppo regionale SSAS

Preparazione delle check-list: M. Zermiani

Dove si colloca

Si trova nella Piattaforma Multifunzionale per la gestione dei Servizi per le Tossicodipendenze (mFp 2000). La piattaforma multifunzionale è un sistema software per il supporto alla gestione delle Unità Operative sia dal punto di vista clinico che gestionale in un'ottica che fa riferimento al Total Quality Management.

Qual'è l'obiettivo generale

Fornire una descrizione generale, rilevare la presenza di problemi sociali e di misurarne la gravità attraverso gli indicatori prescelti, descritti in tre classi a gravità crescente (da 1 a 3). Il SSAS segue un algoritmo logico di indagine che prende in considerazione, in modo sistematico, il contesto socio-ambientale e relazionale del soggetto al fine di ottenere una descrizione di base utile per la comprensione dei bisogni e la programmazione degli interventi oltre che a cogliere (se utilizzato nel tempo) le variazioni di stato.



Quali sono le sue funzioni

1. Esegue una valutazione standardizzata degli aspetti sociali per aree. Essa comprende le dimensioni ritenute principali che permettono una visione del paziente sufficientemente ampia e dettagliata.
2. Calcola un punteggio di gravità per area, lo strumento offre, quindi, un punteggio complessivo che costituisce una misura significativa della condizione del soggetto nelle varie aree.
3. Rappresenta graficamente la situazione della persona. Mediante alcuni grafici, ad alto impatto visivo, è possibile avere un'immediata percezione della gravità del paziente.
4. Confronta la situazione con quella della popolazione residente nel sistema. Ciò consente di avere un riferimento con la popolazione più vicina al singolo paziente.
5. Esegue confronti di serie storiche e l'accertamento degli esiti nel tempo. Ciò è necessario sia per motivi clinici sia perché mediante l'elaborazione di questi è possibile fare valutazioni da un punto di vista gestionale. Lo strumento permette di rilevare nel tempo, con i tempi indicati, gli indicatori che più si considerano sensibili per misurare l'outcome.

Cosa serve

È uno strumento per il rilevamento delle principali caratteristiche e fattori socio-ambientali del paziente tossicodipendente. Il sistema permette di ottenere un profilo sintetico e di facile comprensione della situazione del soggetto, mediante una schematizzazione del contesto ambientale, del gruppo sociale di riferimento, delle risorse individuali del soggetto stesso e delle relazioni in atto.

Cosa consente di osservare

Consente tre livelli di osservazione:

- analisi descrittiva generale dei tre ambiti (individuale, relazionale, ambientale) con una descrizione analitica dello stato socio-ambientale del soggetto con un'indagine sulle sue risorse individuali (performance psicofisica, culturale, professionale e abilità specifiche), sulle relazioni e sull'ambiente di vita del soggetto;
- quantificazione del grado di compromissione dei tre ambiti di indagine (individuale, relazionale, ambientale) mediante un sistema di score;
- analisi ed elencazione delle risorse esistenti e attivabili (sia individuali sia ambientali) al fine di fornire una stima delle potenzialità d'intervento.

Come è strutturato

La struttura logica del S.S.A.S. trova fondamento logico nella valutazione multiassiale del "DSM IV: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" dell'American Psychiatric Association. Un sistema multiassiale fornisce un conveniente schema per organizzare e comunicare l'informazione clinica, per cogliere la complessità delle situazioni e per descrivere l'eterogeneità degli individui che si presentano con la stessa diagnosi. In modo particolare sull'asse IV si riportano i problemi psicosociali ed ambientali che possono influenzare la diagnosi, il trattamento e la prognosi dei disturbi mentali. I problemi identificati su quest'asse sono con il gruppo di supporto principale, legati all'ambiente sociale, di istruzione, lavorativi, abitativi, economici, di accesso ai servizi sanitari, legati all'interazione con il sistema legale. Un'altra fonte di riferimento per il S.S.A.S. è stata una batteria di valutazione di accoglienza dei pazienti tossicodipendenti proposta dall'Institute of Behavioral Research della Texas Christian University detta TCU/DATAR. In tale batteria sono proposte 14 schede per una valutazione

multiassiale del paziente tossicodipendente. Il S.S.A.S. si inquadra, quindi, all'interno di una metodologia clinica per la valutazione diagnostica dei problemi generali del soggetto; è composto delle seguenti tabelle che indagano i principali fattori sociali. Esse sono:

1. Situazione familiare e tipologia delle relazioni.
2. Rete sociale e tipologia delle relazioni.
3. Abitazione.
4. Tipologia del territorio.
5. Lavoro (o scuola) (ambiente e tipo).
6. Reddito disponibile complessivo/ mese.
7. Presenza di attività sociali (che cosa fa?).
8. Grado di interesse espresso per le attività sociali (che cosa vorrebbe fare?).
9. Rapporti con la comunità religiosa.
10. Situazione legale.
11. Rete di fornitori di assistenza e tipologia delle relazioni.
12. Precedenti Programmi Terapeutici riferiti.
13. Risorse individuali.
14. Informazioni sintetiche finali.

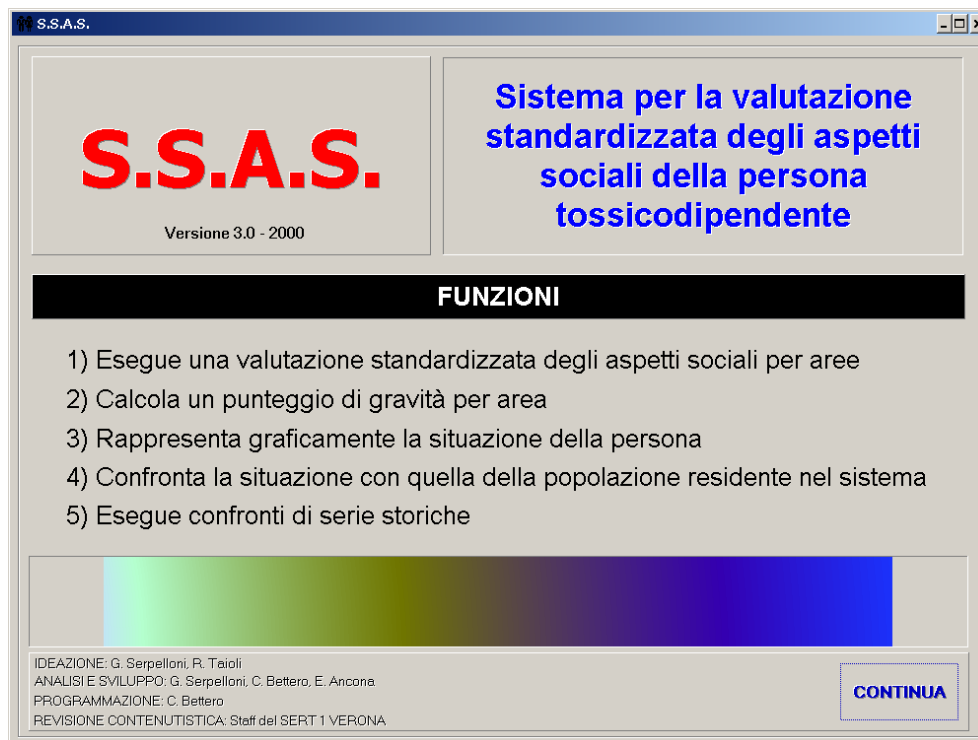
Cosa fornisce il sistema

- a) descrizione per singola area dello stato di gravità;
- b) tabella riassuntiva con il grado di problematicità delle singole aree;
- c) tabelle riassuntive del giudizio sul suo grado di problematicità e confronto con quello dell'operatore;
- d) grafici finali che rappresentano il punteggio di gravità per tutte le aree (items problematici, confronto giudizio operatore-paziente, nucleo-familiare, rete sociale);
- e) grafici finali che rappresentano il trend delle serie storiche del singolo soggetto;
- f) Come è stato costruito il S.S.A.S..

Per la scelta degli indicatori delle singole aree si è proceduto mediante la tecnica del Nominal Group Technique (NGT), tecnica atta alla gestione di riunioni organizzate per produrre stime e previsioni su problemi che non possono essere trattati con tecniche quantitative o per prendere decisioni su problemi non sufficientemente noti o, comunque, non controllabili con processi decisionali rigidi. La riunione gestita con la tecnica NGT vede la partecipazione di un gruppo ristretto di esperti giudici (da 7 a 12), chiamati ad interagire fra di loro attraverso un processo diretto e strutturato. Per processo diretto e strutturato di comunicazione si intende un confronto fra esperti che si sviluppa mettendo tutti i giudici coinvolti attorno ad un tavolo, non lasciando, però, la comunicazione libera, bensì strutturandola lungo un percorso ben definito.



Fig. 7: Sistema informatizzato per la valutazione standardizzata degli aspetti sociali della persona tossicodipendente



Fonti bibliografiche S.S.A.S..

- American Psychiatric Association (1996) "DSM IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali" Eds Masson
- Campanini A.M. (1991) Il colloquio nel Servizio Sociale Eds Novastampa Parma
- De Robertis O. (1986) Metodologia dell'intervento nel lavoro sociale Eds Zanichelli Bologna 1986
- Di Nicola (1986) L'uomo non è un'isola. Le reti primarie nella vita quotidiana Eds Franco Angeli
- Ferrario E. (1996) Le dimensioni dell'intervento sociale. Un modello unitario centrato sul compito Eds NIS Roma
- Ferrario F. (1992) Il lavoro diretto nel servizio sociale. Gli operatori fra solidarietà e istituzioni Roma
- Folgheraiter F. (1990) Operatori sociali e lavoro di rete Eds Erickson Trento
- Kadushin A. (1980) Il colloquio nel servizio sociale Eds Astrolabio Roma
- Lai G. (1989) Le parole del primo colloquio Eds Boringhieri
- Leima M. (1992) Metodo e tecniche del processo di aiuto Eds Astrolabio
- Loewenberg F. (1985) Tecniche per lo studio e la valutazione della situazione e individuazione degli obiettivi e sviluppo di un piano di intervento in Dal Prà Ponticelli M. (a cura di) Metodologia del Servizio Sociale: Il processo di aiuto alla persona Eds Franco Angeli Milano
- Quadrio A., Ugazio V. (1980) Il colloquio in psicologia clinica e sociale Eds Angeli Milano
- Rogers O.R. (1970) La terapia centrata sul cliente Eds Martinelli Firenze
- Rounsaville B.J., Tims F. M., Horton A.M., Sowder B.J. (1993) "Diagnostic source book on drug abuse research and treatment" (NIDA Research Monograph) Washington DC U.S. Government Printing Office
- Serpelloni G. (1995) "Sistema sperimentale per la valutazione della gravità del paziente che utilizza l'eroina" in Serpelloni G., Rezza G., Gomma M. Eroina Infezione da HIV e patologie correlate Eds Leonard
- Simpson D.D. (1999) Special issue on treatment process and outcome studies from DATOS Drug and Alcohol Dependence (Dicembre, 1999)
- Sullivan H.S. (1967) Il colloquio psichiatrico Feltrinelli Milano Tajoli R. (1996) (tesi di diploma) "Studio per la definizione di un sistema per la valutazione standardizzata (quantitativa e qualitativa) delle risorse individuali, sociali e ambientali"

QUALITY MANAGEMENT nelle Dipendenze

del soggetto tossicodipendente e malato di AIDS (S.S.A.S.)”
Zinim I., Miodini 5. (1987) Il colloquio di aiuto NIS Roma



WWW.DRONET.ORG: RETE INFORMATICA UNIFICATA PER LE DIPENDENZE A BASE INTERNET

Giovanni Serpelloni¹⁾, Lorenzo Rampazzo²⁾, Giovanni Nicoletti³⁾, Roberto Pirastu⁴⁾, Antonio De Poli⁵⁾, Ermanno Ancona⁶⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona
2. Direzione Servizi Sociali Regione Veneto
3. Dipartimento di Prevenzione Ministero della Sanità
4. Ser.T di Cagliari
5. Coordinamento delle Regioni, Assessorato alle Politiche Sociali Regioni Veneto
6. Web Division – Dipartimento delle Dipendenze - ULSS 20 Verona

Gruppi di consultazione regionali:

Regione Abruzzo: F. Pier Domenico, De Gidio
 Regione Lombardia: M. Tosi
 Regione Piemonte: M.T. Revolo
 Regione Sardegna: I.Carta, G. Seddone, P.P. Pani
 Regione Veneto: M. Corti, M. Cester

Gruppo di realizzazione tecnica:

Ermanno Ancona
 Massimo Margiotta
 Matteo Pinto
 Maria Elena Bertani
 Maximiliano Maroccola
 Nicola Vicentini NW Box
 Diego Perini NW Box

INTRODUZIONE

Premesse

Con un Progetto Finanziato dal Ministero Superiore della Sanità, e realizzato con il Coordinamento delle Regioni sulle Tossicodipendenze è nato un portale a valenza nazionale per le Dipendenze: www.dronet.org. Il portale fa nascere l'opportunità per ogni Regione e Provincia Autonoma di poter disporre di un proprio portale internet (direttamente ed autonomamente gestito) e di entrare a far parte del NETWORK NAZIONALE delle Dipendenze (NND).

Ogni Regione e Provincia Autonoma avrà quindi la possibilità di disporre di proprio un portale internet in grado di fornire interessanti e articolate funzioni informative e di servizio, con cui collegare le diverse unità operative regionali (Ser.T, Unità di Alcolologia, Unità di Prevenzione, Comunità Terapeutiche, Associazioni di Volontariato e tutte le altre organizzazioni operanti a livello regionale) e contemporaneamente di collegarsi alle regioni italiane per poter coordinare gli interventi, scambiarsi informazioni, progetti, materiali, documentazione con la tempestività e la chiarezza propria dei mezzi e delle reti informatiche della generazione internet.

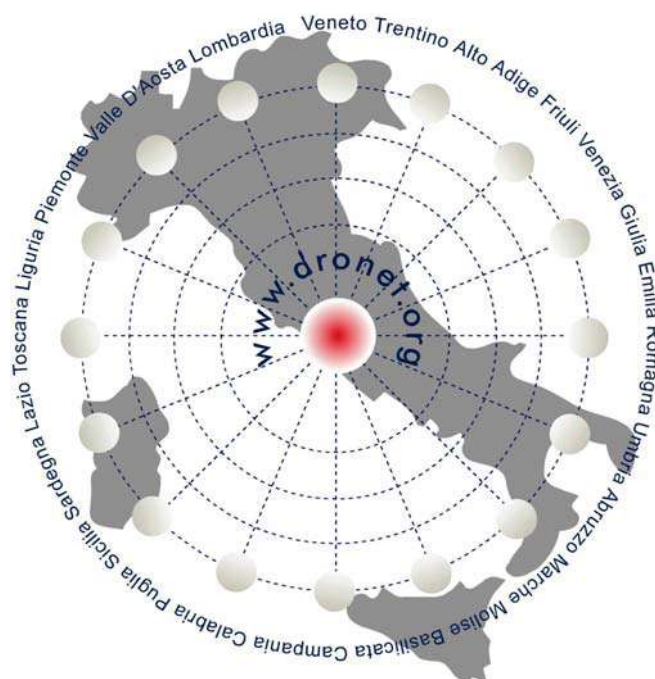
Il portale rappresenterà pertanto una fonte importante dove poter reperire facili e selezionati collegamenti con altre unità operative nazionali, europee ed internazionali nel campo delle tossicodipendenze e dove poter concentrare e rendere fruibili tutte le ultime conoscenze sulla tossicodipendenza e sui modi migliori per combatterla.

Inoltre, se ritenuto utile, si potrà integrare il portale regionale con un software per la gestione operativa e clinica dei servizi “MFP” (Piattaforma Multi Funzionale a supporto dell’attività operativa e gestionale di Dipartimenti delle Dipendenze) che consente alle Regioni di dotare gli operatori di un sistema unitario di raccolta e gestione dati presso ogni unità operativa (Ser.T e Comunità Terapeutiche).

Il Network Nazionale e i suoi Partecipanti

Un NETWORK NAZIONALE internet sarà costituito da più portali Regionali in grado di raccogliere e scambiare tutte le informazioni utili al Sistema delle Dipendenze Regionale e Nazionale.

Possono partecipare tutte le regioni e le province autonome, semplicemente aderente al network e inserendo le proprie specifiche all’interno del portale che verrà personalizzato per ogni regione.



Esempio:

ABRUZZO.Dronet.org
 BASILICATA.Dronet.org
 CALABRIA.Dronet.org
 CAMPANIA.Dronet.org
 EMILIAROMAGNA.Dronet.org
 FRIULIVENEZIAGIULIA.Dronet.org
 LAZIO.Dronet.org
 LIGURIA.Dronet.org
 LOMBARDIA.Dronet.org
 MARCHE.Dronet.org

MOLISE.Dronet.org
 PIEMONTE.Dronet.org
 PUGLIA.Dronet.org
 SARDEGNA.Dronet.org
 SICILIA.Dronet.org
 TOSCANA.Dronet.org
 TRENTINOALTOADIGE.Dronet.org
 UMBRIA.Dronet.org
 VALLEDAOSTA.Dronet.org
 VENETO.Dronet.org



Livelli di personalizzazione del Portale

Ad ogni Regione e Provincia Autonoma, come già detto precedentemente, viene offerta la possibilità di disporre di un proprio portale base, che potrà essere personalizzato secondo tre livelli di intervento.

Pertanto possiamo individuare tre ipotesi di struttura e contenuto:

- STRUTTURA E CONTENUTI STANDARD (Versione Base)
- STRUTTURA STANDARD E CONTENUTI VARIABILI (1° livello di personalizzazione)
- STRUTTURA E CONTENUTI VARIABILI (2° livello di personalizzazione)

A) STRUTTURA BASE

Soluzione Base offerta **gratuitamente** a tutte le Regioni e Province Autonome:

STRUTTURA STANDARD

CONTENUTI STANDARD

Ogni sito/portale viene personalizzato con il logo della Regione e le immagini dei capoluoghi di provincia

B) CONTENUTI VARIABILI

Soluzione con grado di personalizzazione di **secondo livello**:

STRUTTURA STANDARD

CONTENUTI: STANDARD + PERSONALIZZATI

Ogni sito/portale viene personalizzato con l'introduzione di alcuni contenuti propri della Regione (es. indirizzi, proprie strutture, progetti, normativa regionale, ecc).

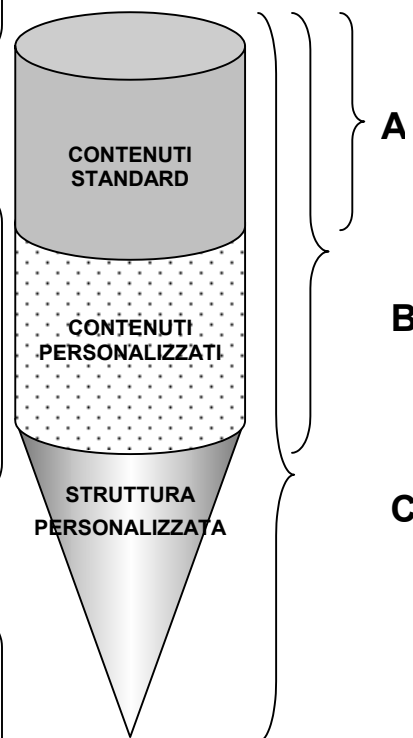
C) STRUTTURA VARIABILE

Soluzione con un grado di personalizzazione di **terzo livello**:

STRUTTURA PERSONALIZZATA

CONTENUTI PERSONALIZZATI

Ogni sito/portale viene personalizzato nella struttura di presentazione dei contenuti propri.



Classificazione Contenuti Sito Regionale

I **contenuti standard** sono forniti e messi a disposizione ai partecipanti al Network. Essi vengono aggiornati costantemente dal Coordinamento e trasmessi “a cascata” a tutti i partecipanti al Network in tempo reale.

I **contenuti personalizzabili**, invece, possono essere inseriti da ciascuna Regione all'interno della struttura predisposta e già disponibile al fine di rendere il sito più vicino alle singole esigenze. Questa operazione è a carico di ogni singola Regione.

OPERATORI (Tutti, Ser.T, Alcologia)		Contenuti	Contenuti
Macro Area	Area	Standard	Personalizzabili
Normativa	Regionali		si
	Nazionali	si	
	Europea	si	
Attività Regionale	Sistema delle dipendenze		si
	Politiche Regionali		si
	Delibere Regionali		si
Epidemiologia	Dati dei Ser.T Regionali		si
	Dati delle Comunità Regionali		si
	Dati Sociodemografici Regionali		si
	Altri Dati specifici Nazionali	si	
Delta Sistem	Valutazione delle attività dei Ser.T		si
Comunicazioni e news	Regionale		si
	Nazionale	si	
	Europea	si	
Master Plan congressi	Regionali		si
	Extra Regionali	si	
Indirizzi Utili	Regionali		si
	Nazionali	si	
Link selezionati	Esteri	si	
	Nazionali	si	
	Regionali		si



Unità Operative	Ser.T Regionali		si
	Comunità Regionali		si
	Ser.T e Comunità di altre Regioni	si	
Linee guida	Regionale		si
	Nazionale ed Europee	si	
Glossario/ Gergario		si	
Forum (discussioni in rete)			si
Progetti (archivio)	Regionale		si
	Nazionale ed Europei	si	
Materiali Informativi Prev.	Regionali		si
	Nazionali ed altri	si	
Disponibilità in Comunità	Regionale		si
	Nazionale	si	
Webmail			si
Sondaggi di opinione			si
Applicazioni avanzate	Software MFP	si	
	Altre applicazioni		si
Sostanze d'abuso	Vari tipi di droghe	si	
	Principali trattamenti	si	
	Risultati delle ultime ricerche	si	
	Altre informazioni		si
Biblioteca Regionale	Articoli		si
	Monografie		si
	Riviste		si
	Altre pubblicazioni		si

Biblioteca Nazionale		si	

VISITATORI		Contenuti Standard	Contenuti Personalizzabili
Macro Area	Area		
Giovani e Famiglia	Sostanze	si	
	Glossario	si	
	Indirizzi Utili		si
	Link selezionati	si	
	Dichiarazione etica/indicazioni		si
	Giochi (solo giovani)		si

Contenuti delle macro aree in dettaglio

HOME PAGE

La home page, raffigurante la Regione Veneto con i suoi capoluoghi di provincia, fornisce i primi elementi utili al navigatore.

Site Map

Mappa del sito la cui consultazione permette di meglio orientarsi all'interno di Dronet data la vastità di contenuti.

Mail to

Per favorire l'interattività tra visitatori e responsabili o gestori del sito è stato predisposto un apposito spazio che consente, in maniera rapida, l'inoltro di mail a vari referenti.

Credits

Raccolta di informazioni su chi ha progettato, guidato e realizzato il sito, sulle varie collaborazioni e sui referenti per l'alimentazione.

VISITATORI

L'area POPOLAZIONE a sua volta è suddivisa in GIOVANI e FAMIGLIA che rappresentano due target distinti. Ciascuno di essi necessita di un proprio linguaggio ed un proprio layout anche nella trattazione dei medesimi contenuti.

Gli argomenti esposti in questa sezione sono:

Sostanze

Materiale informativo sulle sostanze stupefacenti.

Glossario

Un dizionario di termini formali e gergali riguardanti dipendenze, aids, ricerca e sperimentazione, economia sanitaria e total quality, prevenzione primaria.



Indirizzi utili

Un indirizzario che permetta con facilità di contattare ad esempio Ser.T, comunità terapeutiche, cooperative sociali ma anche uffici giudiziari, provveditorati, informagiovani.

Link selezionati

Una serie di bookmarks per un accesso immediato a siti istituzionali come quelli della Regione Veneto e dei Ministeri o ad esempio a quelli dei progetti speciali.

Dichiarazione etica

Dichiarazione contro l'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicoattive. Rappresenta la prima iniziativa in Italia di presa di posizione ufficiale da parte di una Giunta Regionale.

Giochi (solo nella sezione giovani)

Una serie di giochi on line rivolti ai giovani che svolgono un ruolo di prevenzione sulle sostanze stupefacenti.

OPERATORI

Gli argomenti dedicati a coloro che operano nel campo delle dipendenze possono essere consultati nella loro globalità (come operatori del "Sistema delle Dipendenze") oppure filtrati secondo tre sottosistemi di operatori: Ser.T, comunità terapeutiche, alcologia.

La base di dati a cui si fa riferimento è unica ma "filtrata" attraverso applicazioni specifiche che selezionano ed evidenziano le informazioni specifiche per i vari operatori. In questo modo si garantisce sia la coerenza delle informazioni fornite all'insieme degli operatori, sia la fruibilità specifica.

Di seguito vengono descritte in forma sintetica le aree consultabili.

Normativa

Raccoglie tutte le leggi e i decreti quadro riguardanti il servizio sanitario nazionale, la normativa specifica sulle tossicodipendenze, la normativa e gli orientamenti europei al riguardo, le delibere Regionali, le circolari e gli atti di indirizzo. La ricerca può essere effettuata utilizzando diversi campi come la data del provvedimento, il titolo o il tipo di pubblicazione, l'area cui si riferisce.

Attività regionale

Relazione ufficiale sulle attività dell'ufficio tossicodipendenze, elenco delle attività in progress con i gruppi tecnici ed i nuovi atti di indirizzo.

Rapporto epidemiologico regionale

Raccolta di dati sociodemografici suddivisi per ULSS e per provincia. Numero di utenti in carico presso i diversi Ser.T, comunità terapeutiche, centri alcologici suddivisi per uso prevalente di sostanze. Prevalenza e incidenza di epatiti e hiv. Numero di operatori effettivi ed equivalenti per unità operativa.

Delta system

Visualizza gli scostamenti degli indicatori di performance delle singole unità operative dalla media regionale. La valutazione considera alcuni input come le risorse umane disponibili o gli spazi disponibili, il contesto in termini di indice B-D-O (bisogno-domanda-offerta) e l'output standardizzato erogato dal servizio in termini di prestazioni specifiche e numero di pazienti in carico.

News e comunicazioni

Raccoglitore di ultime notizie. Contiene news europee su Bandi di progetto, il bollettino EMCDDA, attività del gruppo REITOX. Comunicazioni urgenti della Regione, notizie dal mondo della ricerca segnalate dal Centro di Documentazione.

Master plane

Pubblicazione delle date di scadenza per l'invio dei dati al Ministero e alla Regione; date e schede di presentazione di convegni, congressi, corsi e seminari accreditati dalla Regione. Scadenze dei bandi dei Progetti Regionali, del Ministero Della Sanità e dell'Unione Europea.

Indirizzi utili

Indirizzario accreditato dalla Regione attraverso il quale è possibile contattare dai Ser.T alle Comunità terapeutiche, dagli uffici giudiziari alle società scientifiche e molte altre organizzazioni preselezionate.

Link selezionati

Raccolta di bookmarks per accedere direttamente ai più importanti siti istituzionali (Regione Veneto, Ministero della Sanità ecc.), siti scientifici e dei progetti regionali speciali.

Presentazione delle unità operative

Ciascuna unità operativa ha a disposizione uno spazio prefissato per descrivere le proprie caratteristiche rispettando uno standard minimo di dati studiato a seconda della sua tipologia: Ser.T, centro alcologico, unità di prevenzione o altro. In particolare per tutte sono previsti i dati logistici, la descrizione delle modalità di accesso ed il prospetto riassuntivo dei progetti istituzionali in corso.

Il reperimento delle informazioni è coadiuvato da una funzione di ricerca mediante keywords e attraverso la selezione di una o tutte le quattro aree Ser.T, alcologia, comunità, prevenzione.

Linee guida e statement

Raccolta delle linee guida espresse dalla Regione su temi quali la dichiarazione etica, la prevenzione primaria e secondaria, l'uso razionale del metadone ecc.

Accanto a queste trovano posto linee guida desunte da altre fonti (nazionali ed internazionali) sempre però accreditate dalla Regione.

Glossario e gergario 2000

Definizioni relative a termini formali o gergali riguardanti l'area delle dipendenze, dell'aids, della ricerca del total quality ed economia sanitaria e della prevenzione primaria. Anche in questo caso è possibile effettuare una ricerca specificando l'argomento ed il termine. Il risultato sarà non solo la definizione ma anche la fonte bibliografica da cui è tratta.

Forum

News groups relativi a tematiche quali etica, alcolismo, organizzazione dei servizi, formazione ecc. ciascuno facente capo ad un moderatore che ne regola il corretto funzionamento.

Web mail

Mailbox per tutte le unità operative del sistema accessibili anche via web.



Anagrafe dei progetti

Database dei progetti finanziati dalla Regione per ciascuno dei quali è possibile visualizzare una scheda sintetica selezionandoli per argomento, titolo, responsabile, obiettivi/target ed altro ancora.

Materiali informativi per la prevenzione

Elenco di materiali istituzionali regionali (o comunque accreditati dalla Regione) come manuali, opuscoli, prodotti software finalizzati alla prevenzione.

Questi sono liberamente e direttamente prelevabili se possibile, altrimenti vengono fornite le indicazioni per reperirli.

Disponibilità all'accoglienza

Pagina che fornisce in tempo reale un quadro della disponibilità di posti nelle diverse Comunità Terapeutiche della Regione. Questo consente un più facile e tempestivo invio dei pazienti segnalando dove possano essere accolti. Ciascun dato è accompagnato da indicazioni sulla posizione geografica e sulle modalità con cui contattare la comunità prescelta, con possibilità di linkare i dati e i programmi delle varie Comunità.

Sondaggi

Sistema di sondaggi on line rivolti agli operatori e riguardanti temi specifici come prevenzione, cura, riabilitazione ed organizzazione. Questi forniscono un utile base di riflessione ad esempio per la stesura di linee guida o per la programmazione di interventi di formazione.

Avanzate

Raccolta di argomenti con site map specifiche: progetto Itinerari, progetto PFT 2000, spazio volontariato, spazio per i profili professionali (infermieri, educatori, assistenti sociali, ecc.), progetto MFP ed applicazioni future.

LE AREE DEL PORTALE

Home Page Dronet

L'accesso al portale Dronet avviene tramite una splash page in Flash Macromedia a seguito della quale l'utente si trova di fronte una pagine web che propone come si vede nella figura 2 una cartina geografica dell'Italia suddivisa in regioni e due menù a tendina attivabili con il passaggio del mouse sulle due scritte *operatori* o *visitatori*.

Le possibilità che vengono date al navigante sono fondamentalmente due, navigare all'interno del portale nazionale Dronet, attraverso l'accesso *operatori* o *visitatori*, oppure decidere di navigare in uno dei portali regionali appartenenti al Network Nazionale delle Dipendenze, semplicemente posizionandosi sulla regione di proprio interesse (nella cartina d'Italia), e una volta che questa si è illuminata cliccare sopra.

Fig. 1: Splash page

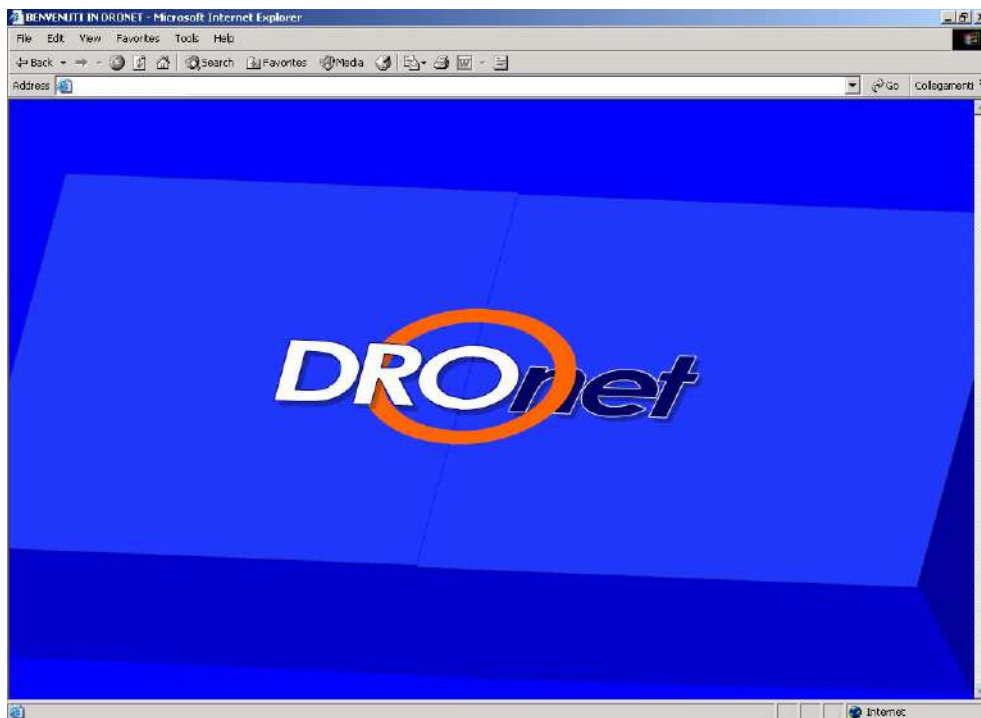




Fig. 2: Home page Dronet



Portale Nazionale

Volendo navigare all'interno del portale nazionale l'utente potrà proseguire scegliendo tramite un clic se accedere all'area *visitatori* o a quella degli *operatori*, come illustrato nelle fig. 3 e 4.

I contenuti a cui l'utente può accedere non sono molto diversi tra di loro, sia che si acceda dall'area *visitatori* o da quella *operatori*, eccezione fatta per alcune aree riservate, in *operatori*, per le quali il sistema richiede una password di identificazione rilasciata dall'amministratore del portale. All'atto pratico l'utente al momento della navigazione nelle numerose pagine del portale viene aiutato nell'orientarsi dai colori e dalla grafica di fondo, che fanno sì che in ogni momento si possa capire in quale area si sta navigando. Le stesse scelte grafiche sono state individuate sulla base di alcune analisi in merito alle caratteristiche dei target di riferimento.

Il menù a tendina di cui si è accennato poche righe sopra offre due possibilità, ognuna delle quali a sua volta ne offre altre.

VISITATORI:

- Giovani
- Famiglia

OPERATORI:

- Tutti (rivolto a qualsiasi persona interessata al problema)
- Ser.T (rivolto agli operatori del servizio tossicodipendenza)
- Comunità (rivolto agli operatori delle Comunità terapeutiche)
- Alcolologia (rivolto agli operatori che si occupano di alcolologia)

In qualsiasi momento durante le fasi di navigazione, l'utente può ritornare alla pagina iniziale tramite il link Home Page, inviare una e-mail al gestore del sistema e rendere visibile la mappa intera del portale, per una chiara lettura delle varie aree e dei relativi contenuti.

Fig. 3: Home page con visualizzazione menù a tendina per Visitatori

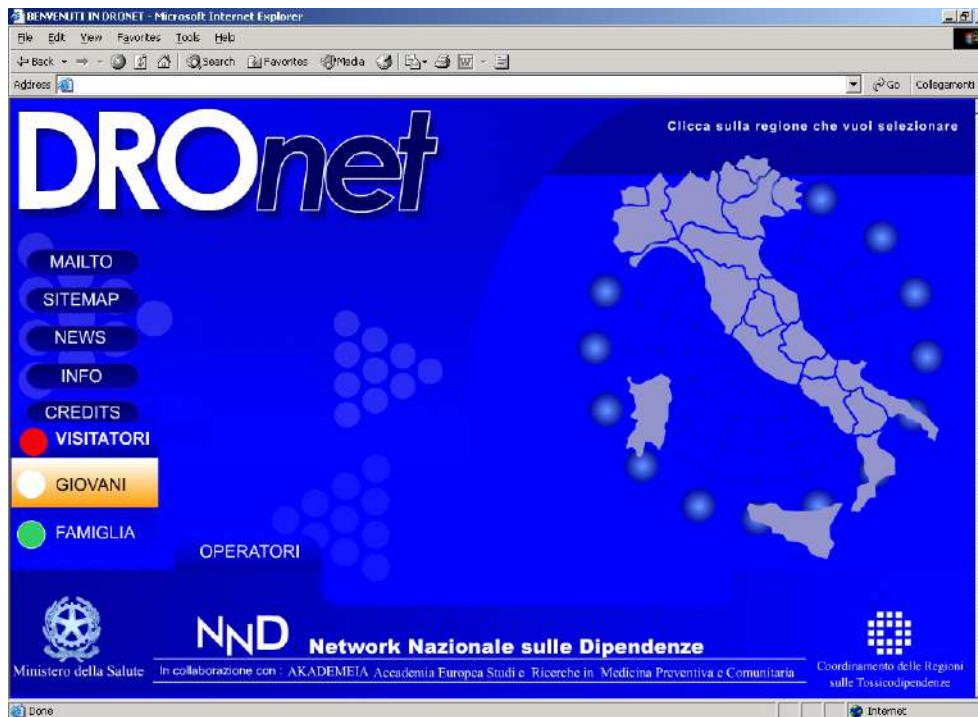
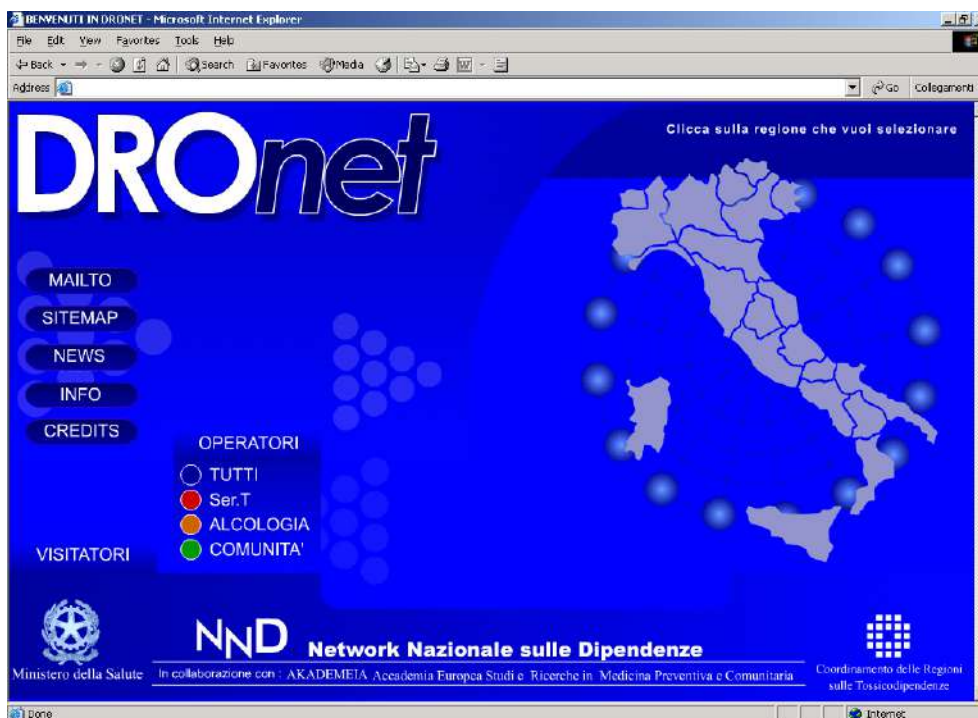


Fig. 4: Home page con visualizzazione menù a tendina per Operatori





Area giovani

La pagina web dedicata al target giovanile presenta le seguenti aree linkabili da menù riportato nella parte inferiore della pagina:

- Sostanze
- Glossario
- Indirizzi Utili
- Link selezionati
- Dichiarazione etica
- Giochi

Per quanto riguarda i primi quattro link, il loro contenuto è lo stesso, sia che si acceda dall'area operatori, sia che si acceda dal menù operatori.

Come si può ben vedere dalla schermata riportata in figura, l'approccio grafico ripropone un gusto certamente più informale, più giovanile. Lo stesso colore di fondo delle pagine, arancio, riprende i risultati di una ricerca condotta sulla relazione tra cromie e propensione all'uso di sostanze stupefacenti in età adolescenziale, secondo la quale il colore arancio è il colore preferito dai soggetti maggiormente a rischio.

Fig. 5: Pagina introduttiva all'area Giovani

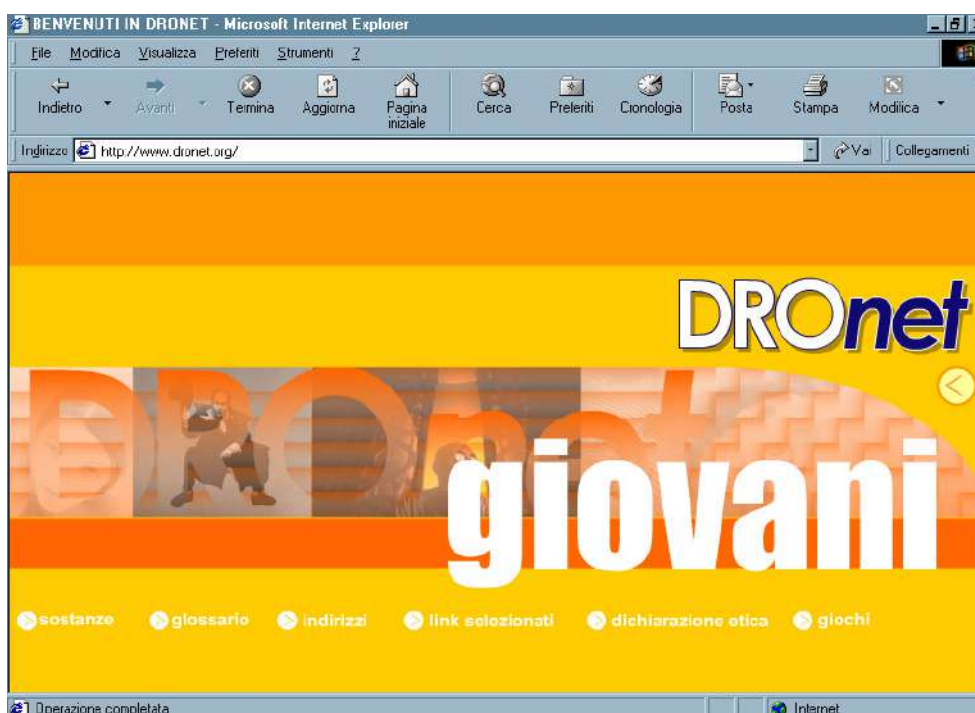


Fig. 6: Pagina delle sostanze presentata dalla mascotte animata Pupa

L'area dedicata alle sostanze si presenta con una mascotte, dal nome "Pupa" (vedi fig.6), che nel presentare la caratteristica e gli effetti delle diverse sostanze mima, in modo esasperato, ma efficace gli effetti finali dell'uso ed abuso delle varie droghe.

Al fine di innalzare inoltre il grado di interesse per il portale si è pensato di creare anche un'area giochi, dove l'utente giovane possa avvicinare e comprendere il problema droga anche attraverso l'aspetto ludico.

Lo stesso linguaggio utilizzato nei testi presenti nelle pagine web è volutamente giovanile al fine di instaurare con il potenziale utente la massima intesa.

Area Famiglia

L'area in oggetto è stata realizzata pensando come target di riferimento sia a genitori, in cerca di risposte al problema dipendenza, sia ad operatori come coloro che svolgono l'attività di educatori.

Anche in questo caso, come per i giovani, i link selezionabili sono:

- Dichiarazione etica
- Glossario
- Indirizzi Utili
- Link selezionati
- Sostanze.

Eccezione fatta per l'area giochi, i link che ritroviamo sono gli stessi già visti per l'area giovani, si è voluto comunque dedicare ad ogni possibile utente una sua area di accesso, nonostante il fatto che molte informazioni, temi e contenuti, vengono condivisi con gli altri target interessati (giovani, famiglie, operatori).

**Fig. 7: Area Famiglia**

Area Operatori

L'area dedicata agli operatori, come già detto precedentemente, presenta un menù con quattro voci:

- Tutti (rivolto a qualsiasi persona interessata al problema)
- Ser.T (rivolto agli operatori del servizio tossicodipendenza)
- Comunità (rivolto agli operatori delle Comunità terapeutiche)
- Alcologia (rivolto agli operatori che si occupano di alcologia)

Anche in questo caso i contenuti sono gli stessi, si è voluto semplicemente dedicare per ognuna di queste categorie un accesso diretto con "select" (menù a tendina), già posizionato su argomenti di maggior interesse per la categoria di appartenenza.

Al fine di rendere più facile il riconoscimento del target di riferimento delle pagine web in fase di navigazione, si sono scelti oltre ad un'immagine di fondo diversa anche colori di fondo diversi a seconda del target, ed in particolare:

- ROSSO Operatori Ser.T
- MARRONE Operatori Alcologia
- VERDE Operatori Comunità

Fig. 8: Pagina introduttiva area operatori Tutti

Mentre per l'area TUTTI si è lasciato il colore di fondo blu. Quindi contenuti uguali, ma accessi di "select" diversi.

Una volta selezionata l'area di propria appartenenza il menù che si presenta è lo stesso:

▪ Normativa	▪ Linea guida
▪ Attività	▪ Glossario
▪ Epidemiologia	▪ Forum
▪ Delta System	▪ Progetti
▪ Comunicazione	▪ Materiali
▪ Master Plan	▪ Disponibilità
▪ Indirizzi Utili	▪ Web Mail
▪ Link Selezionati	▪ Sondaggi
▪ Unità Operative	▪ Avanzate
▪ Sostanze	▪ Biblioteca

Al fine di rendere più agevole il processo di ricerca nel menù, ogni volta che viene posizionato il mouse su un argomento, ne viene data un'anticipazione riassunta in un riquadro al centro.

Ogni volta che si accede ad un'area la pagina viene suddivisa in due parti (frame). Nella parte superiore è sempre presente il menù per una rapida consultazione, mentre nella restante videata viene presentato il contenuto oppure la maschera per effettuare una ricerca più mirata (per argomenti, date, interesse regionale, nazionale, europeo, ecc.).



BIBLIOGRAFIA

- Aas IH. A qualitative study of the organizational consequences of telemedicine. J Telemed Telecare 2001
- Achenbach S, Alfke H, Klose KJ. Teleteaching with CONRAD. From collected cases to interactive learning system]. Radiologe 1997
- Alessi N. Geriatric telepsychiatry: no matter the population, the questions remain the same--a commentary. J Geriatr Psychiatry Neurol 2001
- Baker AM, Lafata JE, Ward RE, Whitehouse F, Divine G., A Web-based diabetes care management support system. Jt Comm J Qual Improv, 27(4): 2001
- Bergsneider C, Piraino D, Fuerst M A web implementation: the good and the not-so-good. J Digit Imaging, 14(2 Suppl 1): 2001
- Brenner V., Psychology of computer use: XLVII. Parameters of Internet use, abuse and addiction: the first 90 days of the Internet Usage Survey. Psychol Rep, 1997
- Bricolo F, "Correlare" la salute mentale all'uso della tecnologia digitale. Revisione critica della letteratura. Personalità e Dipendenze 2001.
- Bricolo F, Calvosa F, Conte GL, Telepsicoterapia (TPT): problematiche teoriche e una prima sperimentazione. Associazione Ricerca e Formazione Scienze Neuropsicosociali (ARFN), Atti del congresso di Roma, 27-30/04/1998
- Bricolo F, Marconi PL, Conte GL, di Giannantonio M, De Risio S, Internet Addiction Disorder: una nuova dipendenza? Studio di un campione di giovani utenti. SIP, Bollettino Scientifico e d'informazione, n. 1-2, anno IV, 1997
- Brodey BB, Claypoole KH, Motto J, Arias RG, Goss R. Satisfaction of forensic psychiatric patients with remote telepsychiatric evaluation. Psychiatr Serv 2000
- Buist A, Coman G, Silvas A, Burrows G. An evaluation of the telepsychiatry programme in Victoria, Australia. J Telemed Telecare 2000
- Cantelmi T., Talli M., "Internet Addiction Disorder", Psicologia Contemporanea, Nov.-Dic. 1998
- Cantelmi T., Talli M., D'Andrea A., Del Miglio C., "La mente in Internet", Piccin Editore, Padova 2000
- Cantelmi T., Talli M., D'Andrea A., Gasbarri A., "Internet Related Psychopathology: recenti acquisizioni", Giornale Italiano di Medicina Militare, 1999
- Caretti V., "Psicodinamica della Trance Dissociativa da videoterminale", in Cantelmi T. et al., "La mente in Internet", Piccin Editore, Padova, 2000
- Christ, F. Emergency medicine online course: Integrating into curriculum of computer-based training: 2000
- Cowser T LM., Web alert. Antisense--from design to clinic. Curr Opin Mol Ther, 2000
- Elford DR, White H, St John K, Maddigan B, Ghandi M, Bowering R. A prospective satisfaction study and cost analysis of a pilot child telepsychiatry service in Newfoundland. J Telemed Telecare 2001
- Epwright T, Allwood M, Stern B, Theiss T, Internet addiction: a new type of addiction?, Mo Med, 1999
- Filler TJ, Abele H, Vollmar-Hesse I, Peuker ET. [New paths for Internet generated learning in anatomy]. Anat Anz 1999
- Filler TJ, Jerosch J, Peuker ET Live interdisciplinary teaching via the internet. Comput Methods Programs Biomed 2000
- Friedl R, Preisack M, Schefer M, Klas W, Tremper J, Rose T, Bay J, Albers J, Engels P, Guilliard P, Vahl CF, Hannekum A. CardioOp: an integrated approach to teleteaching in cardiac surgery. Stud Health Technol Inform 2000
- Frueh BC, Deitsch SE, Santos AB, Gold PB, Johnson MR, Meisler N, Magruder KM, Ballenger JC. Procedural and methodological issues in telepsychiatry research and program development. Psychiatr Serv 2000
- Galanter, M. Use of the Internet for Addiction Education: Combining Network Therapy With Pharmacotherapy. American journal on addictions 1998
- Hewett DJ, Web alert. Curr Pain Headache Rep, 2001
- Huang MP., Alessi NE, The Internet and the future of psychiatry, Am J Psychiatry, 1996 Jul; Stein DJ, 1997
- Huang, A. H. Online Training: A New Form of Computer-Based Training Journal of education for business: 1997
- Johnston D, Jones BN 3rd. Telepsychiatry consultations to a rural nursing facility: a 2-year experience. J Geriatr Psychiatry Neurol 2001
- Kingsnorth AN, Campbell JK, Vranich A. Teleteaching--a practical and economical method of delivering surgical education. Ann R Coll Surg Engl 1999
- Masero V, Moreno J, Andres F, Silva A, Chambel J, Uson J. Telereconstruction from computerized tomography images for the distance teaching of medicine. J Telemed Telecare 2000;6 Suppl 2
- Matarrese P, Helwig A., The development and assessment of Web-based health information for a corporate Intranet-a pilot study. Proc AMIA Symp, 2000
- Matthies HK, Walter GF, Brandis A, Stan AC, Ammann A, von Jan U, Porth AJ. The interactive use of networking multimedia--innovative education resource for professionals and patients. Stud Health Technol Inform 1999

- May C, Gask L, Atkinson T, Ellis N, Mair F, Esmail A. Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. Soc Sci Med 2001
- Peuker ET, Filler TJ, Jerosch J, Held W. [Possibilities of multimedia online teaching in medical education]. Zentralbl Gynakol 1998
- Picot J. Meeting the need for educational standards in the practice of telemedicine and telehealth. J Telemed Telecare 2000
- Rohland BM. Telepsychiatry in the heartland: if we build it, will they come? Community Ment Health J 2001
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB Evidence-based Medicine: How to Practise and Teach EBM Second Edition. Churchill Livingstone: Edinburgh, 2000.
- Shapira NA, Goldsmith TD, Keck PE Jr, Khosla UM, McElroy SL. Psychiatric features of individuals with problematic internet use. J Affect Disord 2000
- Simpson J, Doze S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. Evaluation of a routine telepsychiatry service. J Telemed Telecare 2001
- Simpson J, Doze S, Urness D, Hailey D, Jacobs P. Telepsychiatry as a routine service - the perspective of the patient. J Telemed Telecare 2001
- Stalidis G, Prentza A, Vlachos IN, Anogianakis G, Maglavera S, Koutsouris D., Intranet health clinic: Web-based medical support services employing XML. Stud Health Technol Inform, 2000
- Stein DJ, Internet addiction, Internet psychotherapy [letter; comment] Am J Psychiatry, 1997 Jun
- Stephenson J., Using the Internet to facilitate computerized patient records. Med Group Manage J, Suppl 2000
- Talli M., D'Andrea A., Cantelmi T., "Strumenti per la valutazione della IAD-PCU", Formazione Psichiatrica, XIX 1-2, 1998
- Vought RG, Grigsby RK, Adams LN, Shevitz SA. Telepsychiatry: addressing mental health needs in Georgia. Community Ment Health J 2000
- Wasson JH, James C, Implementation of Web-based interaction technology to improve the quality of a city's health care. J Ambulatory Care Manage, 2001
- Werner A. Unanswered questions about telepsychiatry. Psychiatr Serv 2001
- Wolf, E. M.; Beard, K. W. Modification in the Proposed Diagnostic Criteria for *Internet Addiction* 4, 2001
- Wulff HR. Rational Diagnosis and Treatment; Evidence-based Clinical Decision Making. Oxford: Blackwell Science, 2000.
- Young K.S. "Caught in the Net" John Wiley & Sons, New York, 1998
- Young KS, Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype [see comments], Psychol Rep, 1996



SISTEMA DI ANALISI DEI COSTI E DEI BENEFICI (ANCOSBEN) PER LE TOSSICODIPENDENZE

Giovanni Serpelloni¹⁾, Massimo Margiotta²⁾, Maximiliano Maroccola²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. Progetto Ancos del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni 2001

ELEMENTI DI BASE

Il modello concettuale di analisi dei costi nei Ser.T. si ispira a concrete esigenze di controllo della gestione all'interno di queste strutture, nell'ottica del più ampio concetto di applicazione dei principi che regolano il Total Quality Management.

La verifica costante degli aspetti economici e finanziari di ogni realtà organizzativa, sia essa pubblica o privata, passa anche attraverso la consultazione di indicatori di sintesi che possono rivelarsi valido supporto alle attività di pianificazione, programmazione e controllo della gestione da parte di dirigenti e managers.

Tuttavia occorre tenere presente un importante aspetto riguardante gli indicatori di sintesi: essi possono fornire visioni parziali - quando non addirittura distorte - della realtà organizzativa analizzata, se presi singolarmente e senza tenere conto del contesto in cui la realtà stessa opera.

Per questo motivo, la consultazione dei suddetti indicatori, deve avvenire considerandoli nel loro insieme in un "quadro organico di controllo" e con le premesse di cui sopra.

Per contro, l'istituzione di indicatori troppo complessi ed articolati, nonché la loro eventuale numerosità, ne rendono la lettura e la consultazione difficoltosa, i relativi tempi di costruzione e di calcolo lunghi, venendo meno ai principi stessi che li hanno ispirati.

Nell'ottica di istituire indicatori che rispettino principi di "equilibrio" tra:

- livello ed affidabilità di informazione;
- semplicità e rapidità di calcolo anche alla luce delle informazioni disponibili nelle realtà dei Ser.T.;
- supporto immediato e pragmatico alla gestione in quanto di facile interpretazione.

Con il progetto AnCos sono stati istituiti una serie di semplici ma efficaci indicatori che

potessero soddisfare le esigenze illustrate.

Questi semplici indici o rapporti (tecnicamente “*ratios*”), serviranno anche a sensibilizzare i dirigenti e gli operatori dei Ser.T. all’istituzione ed all’organizzazione delle informazioni interne, in modo che possano essere confrontate con una serie di valori standard che siano comuni a tutti, rilevati su scala regionale e/o nazionale, ovvero con eventuali standard “di eccellenza”.

Una volta condivisi, implementati e portati ad un utilizzo “a regime”, essi potranno costituire una base di partenza per eventuali indicatori più complessi e specifici.

In chiusura alla presente relazione, sarà fatto cenno ad alcune possibili estensioni e sviluppi del presente modello di analisi.

INDICATORI DI OUTPUT (EFFICIENZA) E DI OUTCOME (EFFICACIA)

Per misurare in modo oggettivo l’efficienza e l’efficacia della gestione di una realtà organizzativa come quella dei Ser.T., occorre innanzitutto ricordare quali siano gli obiettivi che la gestione stessa debba raggiungere affinché possa essere definita “gestione efficiente” ovvero “gestione efficace”.

Gestione efficace: l’outcome

Una gestione efficace è quella che mira a raggiungere nel breve, medio e lungo periodo quella che è la “mission” (obiettivo finale) per cui una qualunque realtà organizzata ha ragione d’essere.

Nel caso dei Ser.T., gestione efficace è quella che mira fortemente a raggiungere (e raggiunge) obiettivi finali di outcome quali ad esempio:

- l’aumento del grado di salute dei soggetti medesimi;
- l’assenza o la riduzione nei soggetti trattati di sintomi e rischi derivanti dall’uso di sostanze stupefacenti;
- l’assenza di ricadute successive dei pazienti già dimessi;
- l’integrazione sociolavorativa;
- l’aumento della qualità di vita;
- ecc..

Gestione efficiente: l’output

Non è possibile raggiungere una gestione veramente efficace nel tempo, e quindi garantire il raggiungimento costante di obiettivi di outcome, se la stessa non si prefigge obiettivi intermedi di efficienza, ovvero di tutte le tecniche e le metodologie organizzative volte a garantire un’allocazione ed un utilizzo ottimale delle risorse a disposizione, al fine di poter raggiungere determinati obiettivi di output nell’unità di tempo attraverso l’erogazione di specifiche ed opportune prestazioni.

Nel caso dei Ser.T., gestione efficiente è quella che raggiunge obiettivi di output che possano essere valutati attraverso una serie di semplici indicatori quali ad esempio:

- numero etico di prestazioni rese ai soggetti in un determinato periodo di tempo;
- giorni di assistenza prestati in un determinato periodo di tempo;
- numero di esami effettuati in un determinato periodo di tempo;
- ecc..

Ma quali sono le componenti ed i fattori che determinano il raggiungimento degli obiettivi



di outcome e di output, e come possono essere misurati e monitorati costantemente?

Nel campo dell'analisi economica le migliori tecniche organizzative e di controllo di gestione si rifanno ad indicatori, quozienti, rapporti, flussi, statistiche che misurano sotto diversi aspetti il raggiungimento di determinati obiettivi attraverso il raffronto di dati che abbiano un'unica unità di misura, al fine di essere omogenei nel confronto.

L'unica unità di misura che rende ogni dato omogeneo e confrontabile è l'unità monetaria.

Nelle organizzazioni, la sensibilità maggiore per il controllo della gestione ricade quindi nei costi, in quanto nelle loro varie classificazioni, essi rappresentano in modo valido ed apprezzabile l'utilizzo efficiente ed efficace dei "fattori produttivi" o "risorse" (personale, mezzi, risorse finanziarie).

Il costo rappresenta il valore, espresso in unità monetarie, attribuibile ad ogni fattore produttivo utilizzato o "consumato" per generare servizi o per produrre beni.

Rapportare e confrontare alcune categorie e raggruppamenti di costi, con altre categorie di costo o con determinate grandezze, permette già in prima analisi di costruire una serie di indicatori di sintesi utili al nostro modello.

CONCETTI DI BASE

Per definire gli indicatori del modello di analisi dei costi per i Ser.T. occorre chiarire innanzitutto alcuni concetti e le conseguenti definizioni basilari per poter costruire indicatori dal più semplice al più complesso.

Poiché abbiamo focalizzato la nostra attenzione sulle grandezze economiche riguardanti i costi, come sopra generalmente definiti, occorre notare che essi vengono comunemente rilevati nel corso della gestione al momento della loro manifestazione.

A seconda delle finalità informative che desideriamo ottenere dagli stessi, questi ultimi vengono di seguito raggruppati opportunamente (in termini tecnico-contabili: classificati o riclassificati) in insiemi e poi in gruppi tali da poterci permettere la costruzione di determinati margini, indicatori, rapporti ecc... utili a fornire sintesi di carattere informativo. Ma non basta raggruppare i costi per ottenere dei VALORI utilizzabili nelle analisi.

Questi "raggruppamenti", per assurgere al titolo di VALORI debbono rispettare alcune regole fondamentali, al fine di non condurci ad informazioni sbagliate.

Una di queste regole è quella di raggruppare, confrontare e RIPORTARE opportunamente i costi ad un preciso periodo di tempo a cui sono riferibili (mese, trimestre, anno).

Questa regola importante è definita "competenza economica".

Per esempio, per stabilire se il valore dell'ammontare del raggruppamento "spese telefoniche" relative ad un determinato Ser.T. è congruo o meno, oltre al contesto in cui si opera si rilevano i costi relativi, dobbiamo sapere a quale periodo è riferito detto ammontare, perché il nostro giudizio potrebbe cambiare considerevolmente a seconda dei casi: se avessimo per ipotesi una sola fattura di Lire 2.400.000 riferita ad un anno, sarebbe sbagliato imputarne il *valore* di costo totale nel mese in cui ci è pervenuta e sostenere che i costi di quel mese per spese telefoniche sono stati di Lire 2.400.000.

Vero è dire che le uscite di cassa (ovvero gli esborsi finanziari) del mese sono state della cifra suddetta, mentre il *valore* attribuibile al costo delle stesse per quel mese potrebbe essere corretto dire che sia stato di Lire 200.000 (2.400.000 diviso 12 mesi = valore di un mese di competenza).

La competenza non è sempre agevole e facile da rilevare, come gli esperti contabili bene ci insegnano.

In alcuni casi non è oggettivamente ricavabile se non ricorrendo ad opportune tecniche di rilevazione proprie della ragioneria, o alla consultazione dei principi contabili.

Ma non si vuole in questa sede affrontare il problema della rilevazione della competenza

economica: si vuole tuttavia dimostrare che i giudizi e le valutazioni che si ricavano dagli indicatori sono tanto più corretti quanto più tutti i dati da cui discendono (non solo i costi ma anche gli altri dati di confronto) sono opportunamente “classificati” e rispettano criteri di “omogeneità e competenza”. Nel caso ove questi principi non possano essere rispettati per mancanza di informazioni sufficienti o per eccessivo tempo di elaborazione, l'importante è tenere presente nelle valutazioni dei LIMITI che essi hanno, oltre, ovviamente, al *CONTESTO SPECIFICO* della realtà da cui gli stessi sono stati tratti.

Queste cautele sono tanto più importanti quanto più gli obiettivi del modello si spingono alla creazione di medie regionali o di standard di riferimento. Se i dati per ottenere gli indicatori pur semplici che ci apprestiamo ad illustrare saranno eterogenei nella loro classificazione e nella loro competenza, qualunque confronto oggettivo e di tipo scientifico risulterà molto arduo e forse privo di significato.

La classificazione o il “raggruppamento” dei valori di costo deve inoltre essere tale da poter permettere di rilevare informazioni riferibili ad un particolare insieme.

Per esempio, se volessimo conoscere il peso percentuale della spesa sanitaria per farmaci riferita ai pazienti di sesso femminile rispetto al totale della spesa per farmaci sostenuta in un trimestre, il nostro indicatore (nella fattispecie un quoziente) dovrà essere così calcolato:

$$\frac{\text{spesa del trimestre per farmaci somministrati a pazienti di sesso femminile}}{\text{spesa TOTALE del trimestre per farmaci somministrati a tutti i pazienti}}$$

Per ottenere il suddetto quoziente, nel nostro sistema di rilevazione contabile dei costi occorre che questi siano raggruppati per sottoinsiemi che abbiano una analiticità tale da permettere di essere facilmente individuati.

Pertanto dovremmo avere almeno un tipo di raggruppamento delle voci di costi riferite alla spesa per farmaci diviso per sesso del paziente del tipo:

- (gruppo) costo totale per farmaci somministrati a tutti i pazienti [sottogruppo 1 + 2]
 (sottogruppo 1): costi per farmaci somministrati a pazienti di sesso maschile
 (sottogruppo 2): costi per farmaci somministrati a pazienti di sesso femminile

I dati così raggruppati, (che sono riferiti ad una particolare data) andranno poi sommati per trimestre di competenza al fine di ottenere gli elementi del rapporto che ci interessa costruire e calcolare.

I “raggruppamenti” dei dati sopra illustrati a seconda degli scopi informativi, tecnicamente sono definiti “piano dei conti”.

Esistono diversi “piani dei conti” nelle organizzazioni:

1. Il più conosciuto è quello contabile, che si prefigge scopi informativi minimi richiesti dalle leggi civilistiche, fiscali o speciali.
2. Esistono poi svariati piani dei conti gestionali (più analitici dei precedenti), che raggruppano i conti per sottoconti via via più dettagliati a seconda della loro “destinazione” (per esempio spese per farmaci per pazienti femmine è un conto di costi classificato per destinazione del costo stesso).

L'utilità del piano dei conti dal punto di vista operativo è enorme quanto più le elaborazioni divengono frequenti e ripetute.

Un sistema di analisi dei costi che abbia l'obiettivo di monitorare continuamente la gestione in termini di efficienza ed efficacia, deve continuamente aggiornare gli indicatori a periodi prefissati al fine di poterli confrontare.

Dal confronto degli stessi scaturirà conformità o meno degli stessi e le conseguenti



decisioni correttive di carattere gestionale.

In mancanza di un piano dei conti, le rielaborazioni di ogni singola voce di costo dovrebbero essere continuamente ripetute.

Quindi, nel caso di costi per destinazione, ciò significherebbe riprendere tutte le fatture e i documenti di acquisto del periodo per sommarli singolarmente per i gruppi di conto di destinazione che compongono l'indicatore per ogni periodo in cui l'elaborazione viene effettuata.

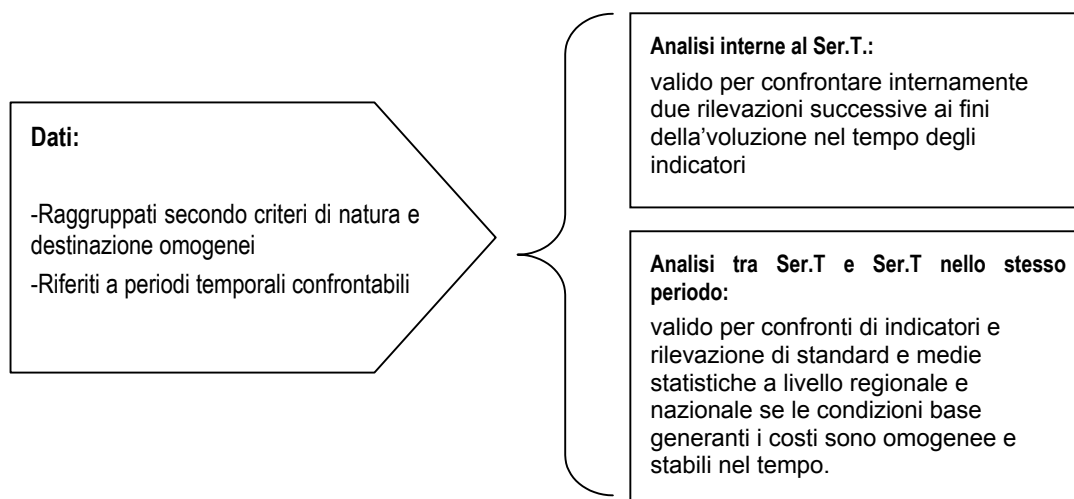
LA COMPATIBILITÀ E L'OMOGENEITÀ DEI DATI NEGLI INDICATORI

Logica conseguenza dell'applicazione delle cautele sopra evidenziate ci impone di considerare il modello di analisi dei costi AnCos a livello più generale, nell'ottica degli obiettivi informativi che lo stesso si prefigge.

Se gli indicatori anche più semplici comportano raggruppamenti di conti per competenza e per destinazione omogenei, gli stessi raggruppamenti (e di conseguenza i piani dei conti dei Ser.T.) che vogliano confrontare i propri dati con gli altri dovranno essere fatti allo stesso modo e con gli stessi criteri di omogeneità, al fine di garantire confronti scientifici ed oggettivi che abbiano un significato.

Nel caso in cui gli obiettivi siano invece quelli di un controllo meramente interno al Ser.T. di evoluzione delle proprie caratteristiche gestionali in termini di efficienza ed efficacia nel tempo, il problema si pone solo nella omogeneità tra i dati da confrontare.

Fig. 1: Il confronto di indicatori interno al Ser.T. e tra Ser.T e Ser.T nel modello AnCosBen



Nel modello AnCosBen, pertanto, per i dati che costituiranno gli indicatori saranno stabiliti criteri di omogeneità da rispettare ai fini del confronto.

LA QUALITÀ DEI DATI INSERITI NEI SISTEMI INFORMATIVI ED INFORMATICI

Ogni informazione raccolta a livello cartaceo o informatico deve possedere una sua qualità

intrinseca.

Alle persone che, nel corso di interviste durante le mie diagnosi aziendali, spesso mi dicono che due o tre mesi all'anno si occupano di costruire il bilancio di esercizio, io rispondo che "il bilancio si costruisce ogni giorno della vita di un'impresa".

In altri termini, ogni singola registrazione contabile e/o gestionale che viene inserita nel sistema informativo aziendale giorno per giorno costituisce un anello della catena che ci aiuterà a costruire il bilancio.

Errate imputazioni o classificazioni porteranno a errori, perdite di tempo nelle rielaborazioni e ricerche successive, con bassa affidabilità alle informazioni prodotte.

Quanto più i dati inseriti saranno invece "dati di qualità", ovvero saranno "incasellati" nel conto giusto e porteranno con se stessi le informazioni necessarie a gestirli successivamente, tanto più essi ci faranno risparmiare tempo in seguito e il grado di affidabilità dell'informazione fornita dai loro raggruppamenti sarà maggiore.

La qualità dei dati presuppone quindi una qualità della gestione e di conseguenza una qualità organizzativa.

Ogni persona che interviene nel processo informativo dovrà essere preparata e addestrata ad operare secondo procedure e principi che aggiungano valore al processo stesso.

Anche in questa sede ci riconduciamo a concetti di Total Quality Management, di catena del valore, di rapporti tra cliente/fornitore interno più volte richiamati, a cui il modello AnCosBen fa riferimento nei suoi principi fondatori.

DEFINIZIONI DI BASE PER COSTRUIRE INDICATORI SEMPLICI, COMPOSTI E COMPLESSI

Un "indicatore" è una variabile in grado di produrre una informazione quantitativa riferita ad una situazione o fenomeno che si intende rilevare o confrontare.

Nelle analisi gestionali gli indicatori fanno per la maggior parte riferimento a unità monetarie con particolare attenzione ai costi, come sopra detto, in quanto le unità monetarie stesse sono un "denominatore comune" a fenomeni o realtà diversamente non confrontabili o misurabili.

In termini semplici e con gli obiettivi che si prefigge il presente modello di analisi dei costi, le varie tipologie di indicatore possono far riferimento a:

1. valori puri (assoluti)
2. margini
3. rapporti o quozienti (ratios)
4. combinazioni tra le precedenti tipologie

I primi tre tipi generano indicatori SEMPLICI, mentre il quarto genera indicatori COMPOSTI o COMPLESSI.

Valori puri (assoluti)

Il valore puro è un indicatore semplice grezzo che fornisce informazioni immediate in considerazione di determinati fenomeni: alcuni esempi di indicatori "valore puro" possono essere:

1. il tempo di carico in giorni di un tossicodipendente presso un Ser.T;
2. il numero dei pazienti assistiti in un trimestre;
3. il numero di prestazioni eseguite dal personale medico in un anno;
4. il costo totale di una Unità Operativa in un trimestre;
5. ...



In genere gli indicatori per valore, data la loro semplicità, per fornire informazioni corrette, devono essere confrontati con altri indicatori e altre informazioni qualitative e morfologiche del fenomeno osservato, in misura maggiore alle altre tipologie di indicatore più raffinate.

Margini

Si definisce margine il risultato dato dalla differenza tra una grandezza ed un'altra (la somma algebrica di due grandezze con "segno") che però facciano riferimento (siano omogenee) allo stesso fenomeno che si intende misurare.

Se le due grandezze sono [A] e [B] il margine [M] è dato da:

$$[M] = ([A] - [B])$$

Una delle analisi tipiche aziendali è al c.d. "analisi del punto di pareggio" o "break-even analysis".

Essa consiste nel determinare il volume di produzione in corrispondenza del quale i costi e i ricavi si eguagliano, ovvero il "volume-obiettivo" al cui livello è possibile realizzare un determinato risultato economico stabilito in sede preventiva o di budget.

La break-even analysis costituisce una delle principali premesse del processo di budgeting e richiede una conoscenza adeguata in merito al comportamento dei costi al variare del volume di produzione.

Ciò presuppone, allo stesso tempo, una contabilità dei costi che distingua le componenti fisse da quelle variabili.

Un margine (indicatore semplice) essenziale per determinarne i risultati è il Margine Lordo di Contribuzione [MLC].

Esso è dato dalla differenza tra Ricavi e Costi Variabili (ovvero i costi da sostenere per realizzare una unità aggiuntiva per le quantità relative) di un prodotto/servizio o di gruppi di prodotti/servizi:

$$[MLC \text{ del prodotto A}] = [\text{Ricavi prodotto A}] - [\text{Costi variabili prodotto A}]$$

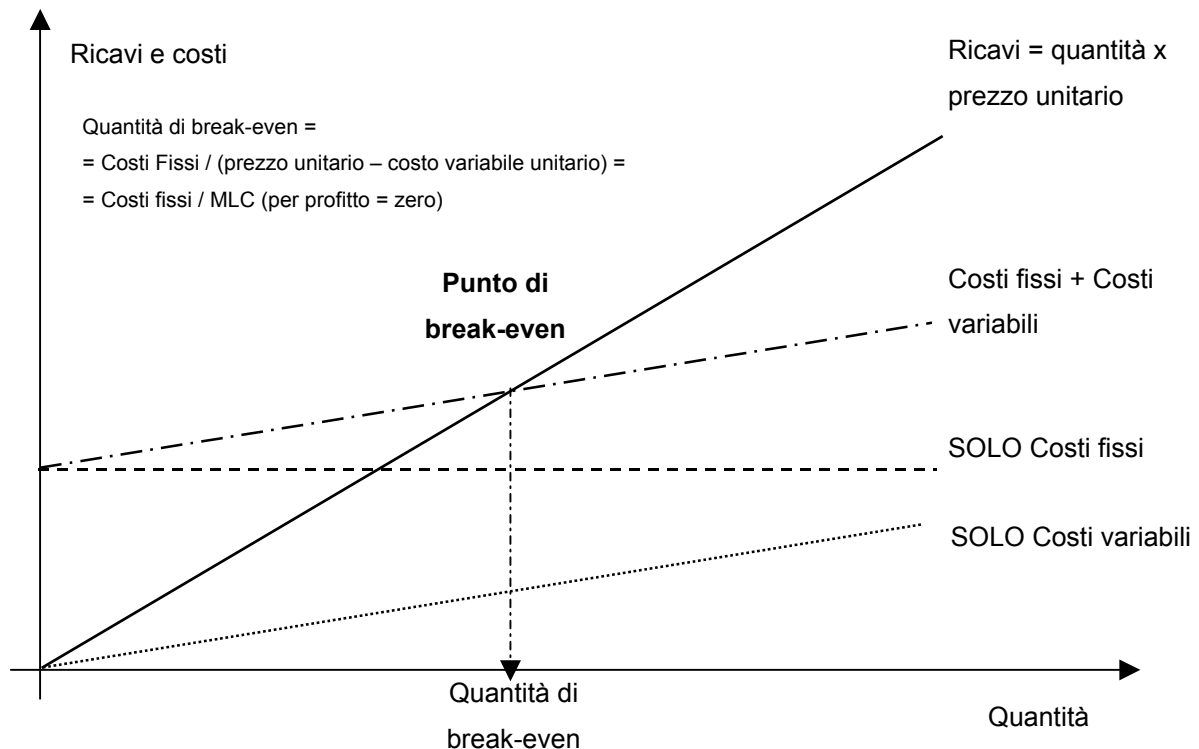
Le grandezze [Ricavi] e [Costi variabili] sono omogenee rispetto alla marginalità del "prodotto" o gruppi di prodotti a cui si riferiscono (esempio: ricavi di prodotto A con costi variabili del prodotto A, ecc.).

Questo margine, nella configurazione di margine unitario lordo di contribuzione, fornisce utili informazioni in merito alla redditività di un prodotto, e quindi determina scelte quali, per esempio, "spingere" (o meno) le vendite di prodotti a redditività più alta rispetto ad altri.

Nel settore sanitario, i "ricavi" sono equiparabili al numero delle prestazioni erogate.

L'impostazione della break-even analysis individua il livello di "produzione" a cui corrisponde profitto uguale a zero (break-even point): per quantità maggiori l'azienda perseguirà utili, mentre per quantità minori sopporterà perdite.

Graficamente il punto di "break-even" può essere rappresentato come segue:



Nel contesto del modello AnCosBen, un esempio di margine potrebbe essere il seguente:

Tempo di carico in giorni di un paziente in un trimestre = 70

Di cui:

Giorni con morfinurie negative (terapia efficace) = 40

Giorni con morfinurie positive (terapia inefficace) = 30

Margine di terapia efficace su quel paziente = [gg morfinurie negative] – [gg morfinurie positive] = 40 – 30 = 10 (> 0)

Osservando solamente questo margine, senza considerare i dati da cui proviene, l'operatore potrà capire che:

- se il margine di terapia efficace è maggiore di zero, le prestazioni e le terapie applicate a quel paziente in quel periodo hanno avuto per la maggior parte esito positivo.
- se il margine di terapia efficace è minore di zero, le prestazioni e le terapie applicate a quel paziente in quel periodo hanno avuto esito per la maggior parte negativo.

Altro esempio:

Costi totali di una U.O. nel primo trimestre 2001 = 800.000.000

Di cui:

Costi per assistenza = 300.000.000

Costi per ricerca applicata = 500.000.000



$$\begin{aligned}\text{Margine di spesa assistenziale} &= [\text{costi per assistenza}] - [\text{costi per ricerca applicata}] = \\ &= 300.000.000 - 500.000.000 = - 200.000.000 (< 0)\end{aligned}$$

Osservando solamente questo margine, senza considerare i dati da cui proviene, l'operatore potrà capire che:

- se il margine di spesa assistenziale è maggiore di zero, l'U.O. nel trimestre considerato ha utilizzato maggiori risorse economiche per prestazioni di assistenza.
- se il margine di spesa assistenziale è minore di zero, l'U.O. nel trimestre considerato ha utilizzato maggiori risorse economiche per prestazioni di ricerca applicata.

RAPPORTI O QUOZIENTI (RATIOS) E INDICATORI COMPOSTI E/O COMPLESSI

Gli indicatori di tipo quoziente o rapporto o "ratio" sono quelli che forniscono sintesi più immediate nei confronti tra valori ed informazioni anche a livello statistico.

Il rapporto richiama anche il concetto di "peso" percentuale: anche nel linguaggio corrente le variazioni fanno spesso riferimento a rapporti.

Per esempio la frase "il prezzo del farmaco a confezione negli ultimi mesi è salito del 10%", fornisce un'idea molto precisa dell'evoluzione del dato.

Nonostante la semplicità della affermazione, per giungere al risultato "10%" abbiamo calcolato un indicatore composto.

In pratica, per poter asserire quanto nell'esempio, è stata eseguita un'operazione tipica dei quozienti:

Prezzo del farmaco a confezione gennaio = 2.000

Prezzo del farmaco a confezione maggio = 2.200

Incremento in valore (indicatore margine incremento prezzo farmaco) = $2.200 - 2.000 = 200$

Incremento percentuale = $200 / 2.000 = 0,1 = 10\%$

Il valore 10% di incremento percentuale deriva dal quoziente tra un margine (al numeratore) e il totale del valore di partenza del confronto (prezzo farmaco a gennaio): esso è un indicatore composto in quanto il quoziente al suo interno conteneva già un altro tipo di indicatore (il margine del numeratore).

Da notare che i quozienti che mettono a confronto due aspetti di un fenomeno che appartengano allo stesso insieme, di cui uno costituisce il totale dell'insieme e l'altro costituisce una parte, sono calcolabili ponendo al numeratore e al denominatore l'una o l'altra grandezza a piacimento, con la differenza che il risultato sarà minore di uno o maggiore di uno a seconda che la parte dell'insieme sia rispettivamente al numeratore o al denominatore.

A nostro avviso sono più eloquenti e chiari gli indici minori di uno (e quindi con la "parte" dell'insieme al numeratore), ma è una questione di "gusti". Faccio un esempio: applicando l'indicatore "quoziente" all'esempio trasposto sulla realtà dei Ser.T. già indicato nel paragrafo dei margini, potremmo costituire un indicatore di [incidenza della spesa per ricerca applicata] dato da:

$$[\text{spesa in ricerca applicata trimestre 1}] / [\text{totale costi del Ser.T trimestre 1}] \leq 1$$
 ovvero (con i dati dell'esempio dei margini)

$$500.000.000 / 800.000.000 = 0,625 = 62,5 \%$$

Utilizzando il rapporto inverso (l'intero insieme diviso la parte da confrontare) avremmo:

$$800.000.000 / 500.000.000 = 1,6 > 1$$

che a mio avviso è meno espressivo ed immediato nella comprensione.

In tutti e due i casi, più si tende a uno, più il peso del dato da confrontare tende all'intero insieme e quindi ha "peso" maggiore.

L'indicatore appena visto costituisce uno degli indicatori scelti per le analisi del modello AnCosBen, ed è stato appunto denominato quoziente di incidenza dei costi per prevenzione e ricerca sul totale dei costi dell'U.O..

Esso è un indicatore di tipo rapporto o quoziente semplice, utile per il suo contributo di *supporto all'analisi* dei costi di una U.O.

CARATTERISTICHE RICHIESTE AGLI INDICATORI DEL MODELLO ANCOSBEN

Gli indicatori inseriti nel modello AnCosBen sono stati progettati in modo da rispettare le seguenti caratteristiche:

1. devono misurare in modo rappresentativo e valido i fenomeni osservati (criterio della rappresentatività e validità);
2. devono poter essere facilmente interpretabili dall'operatore e quindi essere di immediata lettura (criterio della fruibilità dell'operatore dei dati delle informazioni prodotte);
3. devono poter essere applicabili nella realtà dei Ser.T. (criterio di fattibilità della raccolta dati e dell'analisi).

Le caratteristiche richieste vogliono dare al modello AnCosBen una connotazione di semplicità e pragmaticità tali da agevolarne l'utilizzo.

Eccessive complicazioni in ricerche di dati ed analisi complesse, porterebbero a tempistiche e risorse impiegate alla costruzione periodica degli indicatori eccessive in relazione al grado di informazione apportato.

L'obiettivo del modello AnCosBen invece è quello di sensibilizzare gli operatori ad una gestione controllata ma senza eccessive burocrazie, non dimenticandosi di quale sia la vera "core activity" degli operatori stessi.

Non tragga inoltre in inganno la semplicità teorica dei dati e dei conseguenti indicatori.

Come sarà di seguito illustrato, il passaggio dal punto di vista teorico a quello pratico comporterà soluzione di problematiche, e l'assunzione di opportune convenzioni e compromessi.

IL MODELLO ANCOSBEN IN UN QUADRO ORGANICO DI INSIEME DI INDICATORI

Il metodo più immediato e semplice per poter trasmettere in pieno il modello di analisi dei costi nei Ser.T., è quello di "partire dalla fine", ovvero dalla visione di insieme del modello stesso per poter comprendere meglio gli obiettivi di questo lavoro. Tali indicatori saranno in seguito ripresi e spiegati nella loro definizione, costruzione e capacità/limiti informativi (vedi fig.2).

Lo schema di indicatori del modello AnCosBen viene riportato di seguito, e si articola su 3



livelli di analisi, 8 sub-livelli correlati per un totale di 17 indicatori. Come visibile esistono fondamentalmente due macro classi di indicatori: i primi di *costo*, i secondi di *beneficio*, in modo da poter rappresentare non solo l'aspetto "oneroso" ma contemporaneamente anche i "vantaggi" generabili.

PERIODO DI RIFERIMENTO DELL'ANALISI O "PERIODO OSSERVATO"

Nella figura che rappresenta il quadro organico degli indicatori del modello AnCosBen, questi ultimi fanno spesso riferimento ad un periodo di tempo.

L'analisi può essere applicata a periodi diversi a seconda delle preferenze e delle esigenze.

Nel modello AnCosBen, il periodo "standard" a cui d'ora innanzi faremo riferimento sarà il trimestre.

Nulla vieta di effettuare analisi per settimane, mesi, anni ecc..

L'importante è che tutti i dati di confronto siano resi omogenei in base ai periodi temporali scelti.

Ogni operazione rilevabile nei sistemi informativi e informatici di un Ser.T. dovrebbe avere associata una data di riferimento, e pertanto il nostro minimo periodo dovrebbe essere quello del giorno.

Raggruppamenti per periodi via via maggiori si otterranno sommando i dati giornalieri all'interno di quell'arco temporale.

Nel caso per esempio della rilevazione del numero di prestazioni rese nel primo trimestre 2001, occorrerà sommare le prestazioni dal 1/1/2001 al 31/3/2001 e così via dicendo.

Nel caso invece di voci economiche di COSTO, oltre alla mera somma dei costi rilevati da data a data, occorrerà tenere conto della COMPETENZA degli stessi all'interno di quel periodo (vedi paragrafo precedente in proposito).

Procediamo adesso con l'illustrazione degli indicatori del modello AnCosBen analizzandoli uno per uno.

Fig. 2: Il modello AnCosBen in un quadro organico di insieme di indicatori

Livello 1: indicatori dei costi “Interessanti”:

1 – A) Indicatori del costo “grezzo” delle risorse

- 1 – A – 1) Costo globale/die dell'U.O.
- 1 – A – 2) Costo globale/per soggetto assistito dell'U.O.
- 1 – A – 3) Costo globale/per per giornata di assistenza erogata dalla U.O.

1 – B) Indicatori di costo delle prestazioni del personale [per gruppo di appartenenza operatore: (Medici, Psicologi, Assistenti Sociali, Infermieri, Educatori, Amministrativi e Tecnici, Altri)]

- 1 – B – 1) Costo medio delle prestazioni del personale per profilo professionale rispetto al numero giorni di presenza
- 1 – B – 2) Costo medio delle prestazioni del personale per profilo professionale rispetto al numero di prestazioni erogate

1 – C) Indicatori del costo dei risultati [di outcome clinico]

- 1 – C – 1) Costo di assistenza efficace/die
- 1 – C – 2) Costo di assistenza INefficace/die
- 1 – C – 3) Indice di Outcome-Performance

Livello 2: indicatori di supporto all'analisi:

2 – A) Indicatori di densità prestazionale

- 2 – A – 1) Numero medio prestazioni per paziente [nel periodo osservato] per gruppo di operatore (Medici, Psicologi, Assistenti Sociali, Infermieri, Educatori, Amministrativi e Tecnici, Altri)
- 2 – A – 2) Numero medio prestazioni rispetto al tempo di carico [nel periodo osservato] per gruppo di operatore (medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, educatori, amministrativi e tecnici, altri)
- 2 – A – 3) Tempo medio di trattamento paziente nel periodo osservato

2 – B) Indicatore di incidenza dei costi per prevenzione e ricerca sul totale costi dell'U.O. nel periodo osservato

Livello 3: indicatori di beneficio diretto:

3 – A) Indicatori di beneficio per l'U.O. nel periodo osservato

- 3 – a – 1) Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina [sre] totale osservata nel periodo
- 3 – a – 2) Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina [sre] attesa nel periodo
- 3 – a – 3) Indice di benefit-performance

3 – B) Indicatori di beneficio per Soggetto nel periodo osservato

- 3 – b – 1) Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina [sre] media osservata per soggetto nel periodo

3 – C) Rapporto Costi/Benefici

**LIVELLO 1: INDICATORI DEI COSTI “INTERESSANTI”:****1-A) Indicatori del costo “grezzo” delle risorse**

1-A-1) COSTO GLOBALE GREZZO/DIE DELL'U.O.	
<i>Significato</i>	Indica il costo totale grezzo medio di una giornata di lavoro di tutta l'U.O.
<i>Formula</i>	$QSA / \sum \text{gg operatività del periodo}$

Osservazioni specifiche:

L'unica osservazione riguardante il presente indicatore consiste nel ricordare le cautele delle rilevazione dei costi totali dell'U.O. di competenza del trimestre.

Al di là degli esempi sulla competenza fatti nei primi paragrafi del presente lavoro, si ricorda che alcune voci di costo debbono essere stimate, come per esempio gli ammortamenti dei macchinari e delle attrezzature, gli accantonamenti per i fondi (ivi compresi i Fondi TFR per liquidare il personale) ecc..

Normalmente le stime vengono fatte imputando al periodo una quota equivalente ai giorni del periodo stesso, esempio:

Quota ammortamento computers anno 2001 [365 giorni]: 10.000.000

Periodo rilevazione analisi = 1 trimestre = 90 giorni

Quota ammortamento computers di periodo 1° trimestre 2001 =

$$10.000.000 / 365 * 90 = 2.465.753$$

Queste rettifiche di periodo dovranno essere calcolate per ogni trimestre dal personale amministrativo e/o del controllo di gestione. Abbiamo scelto periodi trimestrali perché è già uso presso i Ser.T. produrre elaborazioni economico-finanziarie per trimestre.

1-A-2) COSTO GLOBALE GREZZO/PER SOGGETTO ASSISTITO DELLA U.O	
<i>Significato</i>	Indica il costo totale grezzo medio per soggetto in carico presso l'U.O. nel periodo osservato (trimestre)
<i>Formula</i>	$QSA / \sum n^{\circ} \text{ pazienti in carico}$

Osservazioni specifiche:

Valgono le stesse osservazioni relative alla competenza dei costi delle risorse di periodo rilevati precedentemente.

Il *numero di soggetti assistiti (o in carico)* nel trimestre osservato si ottiene dalla rilevazione in un “file” di anagrafica pazienti del numero di pazienti esistenti nel trimestre stesso esclusi quelli dimessi precedentemente al periodo o ammessi successivamente.

Poiché l'indicatore riporta il costo *medio* per soggetto assistito (e non il costo analitico per un singolo soggetto) anche se uno di questi sia stato dimesso all'inizio o nel corso del periodo osservato, va tenuto in conto comunque nel numero dei soggetti in quanto ha generato (per

quota) i relativi costi della struttura.

Pertanto il numero dei soggetti da prendere in considerazione per l'indicatore in questione, ammesso di avere un'anagrafica pazienti che riporti data di ingresso e data di dimissione, nell'ipotesi di considerare il 1° trimestre 2001 come periodo di osservazione, sarà dato dal calcolo:

$$\begin{array}{rcl}
 & \text{Numero totale soggetti in anagrafica} & \\
 \text{(meno)} & \text{Numero soggetti dimessi prima del 1/1/2001} & \\
 \text{(meno)} & \text{Numero soggetti ammessi dopo il 31/3/2001} & \\
 \hline
 = & \text{NUMERO SOGGETTI IN CARICO DEL PERIODO} &
 \end{array}$$

1-A-3) COSTO GLOBALE GREZZO/PER PER GIORNATA DI ASSISTENZA EROGATA DALL'U.O.	
Significato	Indica il costo totale grezzo medio per giornata di assistenza erogata presso l'U.O.nel periodo osservato (trimestre)
Formula	$QSA / \sum tc \text{ gg}$

Osservazioni specifiche:

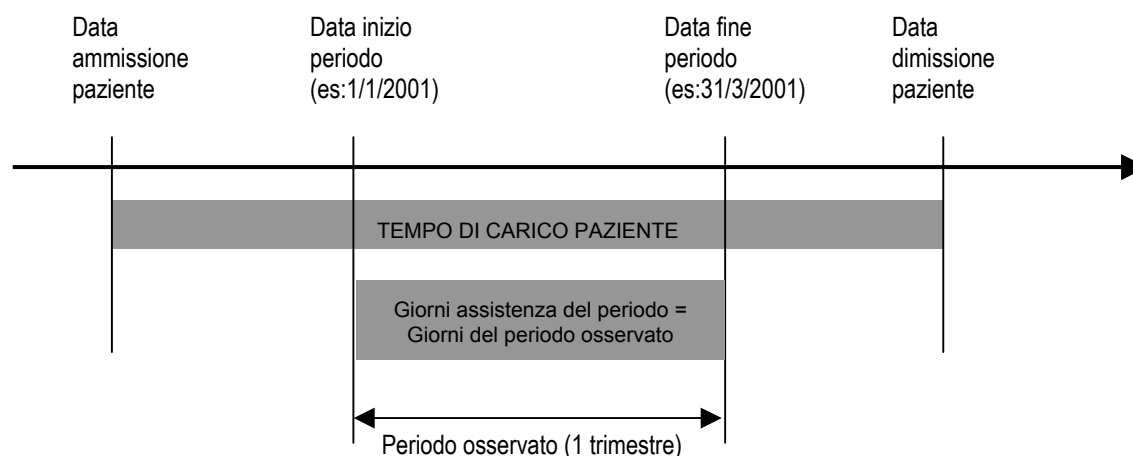
Valgono le stesse osservazioni relative alla competenza dei costi delle risorse di periodo rilevati precedentemente.

Il numero di giorni di assistenza erogati nel trimestre osservato si ottiene dalla rilevazione in un "file" di anagrafica pazienti del numero di giornate di carico dei pazienti esistenti nel trimestre stesso esclusi quelli dimessi precedentemente al periodo o ammessi successivamente.

Per ottenere questi dati occorre effettuare un calcolo delle giornate di carico paziente per paziente nell'anagrafica.

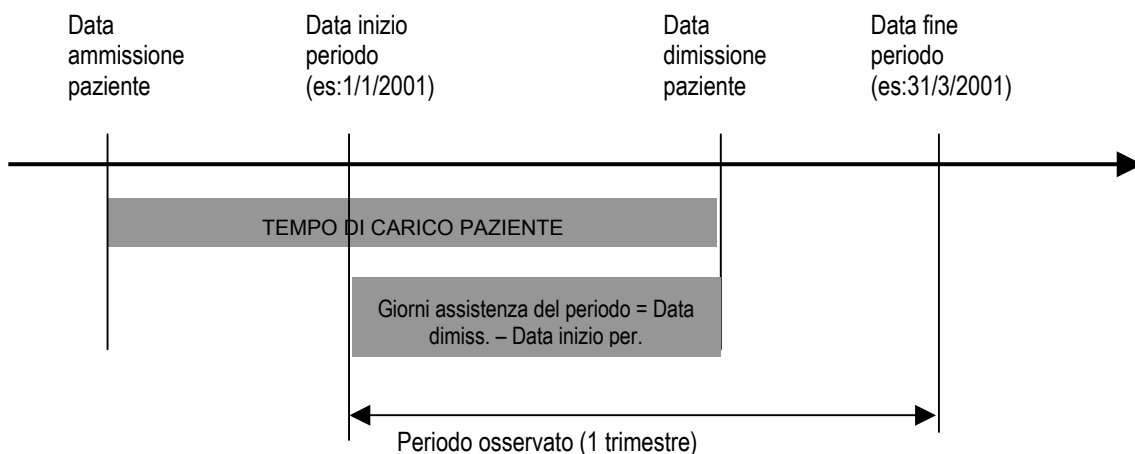
A tal proposito abbiamo i seguenti casi possibili con i calcoli relativi:

- *Paziente esistente prima del periodo di riferimento e in carico per tutto il periodo osservato:* il numero giornate di carico sarà uguale a [data fine periodo osservazione] – [data inizio periodo osservazione].

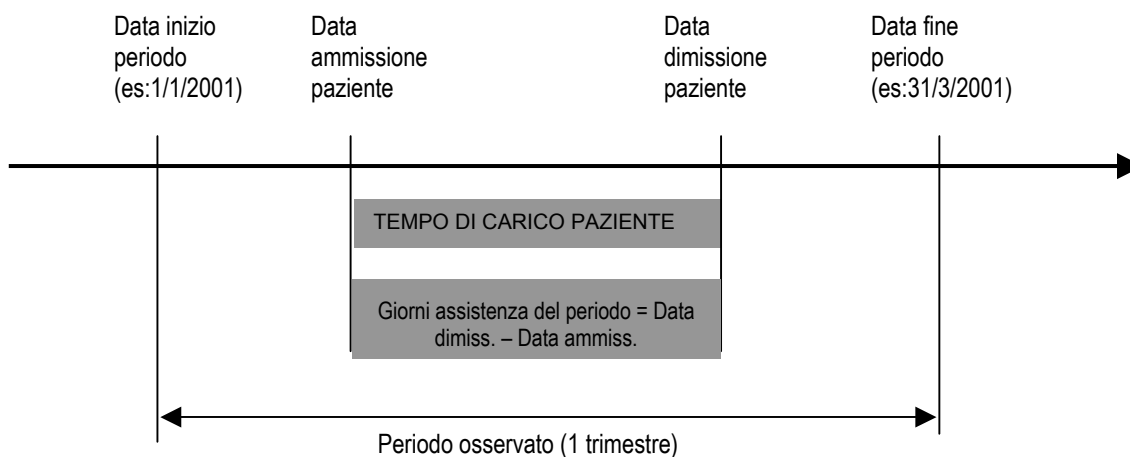




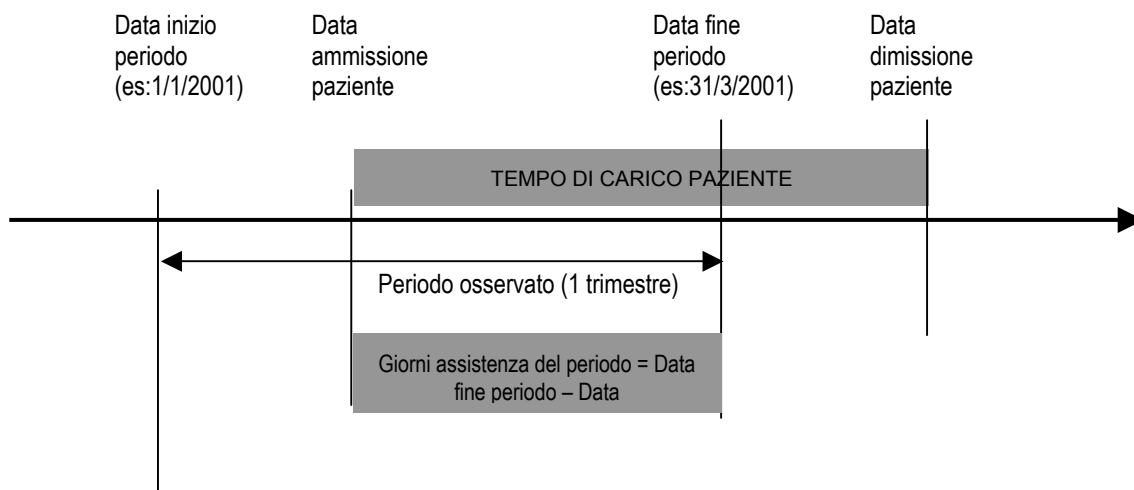
- *Paziente esistente prima del periodo di riferimento e in carico per una parte del periodo osservato:* il numero giornate di carico sarà uguale alla differenza tra [data dimissione] e [data inizio periodo osservato].



- *Paziente preso in carico durante il periodo di riferimento e dimesso prima della fine del periodo osservato:* il numero giornate di carico sarà uguale al tempo di carico del paziente.



- *Paziente preso in carico durante il periodo di riferimento e dimesso successivamente della fine del periodo osservato*: il numero giornate di carico sarà uguale alla differenza tra [data fine periodo di osservazione] e [data di carico del paziente].



1-B) Indicatori di costo delle prestazioni [per gruppo di appartenenza operatore: (Medici, Psicologi, Assistenti Sociali, Infermieri, Educatori, Amministrativi e Tecnici, Altri)]

1-B-1) COSTO MEDIO DEL PERSONALE PER PROFILO PROFESSIONALE RISPETTO AL NUMERO GIORNI DI PRESENZA	
<i>Significato</i>	Indica il costo medio del personale per profilo professionale e per giornata di presenza presso l'U.O.nel periodo osservato (trimestre). È un indicatore "indiretto" del costo delle prestazioni in quanto valuta la voce di costo più influente per il costo delle prestazioni stesse, ma non è il costo medio della prestazione. La sua evoluzione nel tempo, tuttavia, è un valido indicatore di efficienza delle prestazioni erogate dal Ser.T.
<i>Formula</i>	$\frac{\text{Costo medici}}{\sum \text{gg presenza medici}}; \frac{\text{Costo psicologi}}{\sum \text{gg presenza psicologi}} \dots$

Osservazioni specifiche:

La semplicità di questo indicatore è direttamente proporzionale all'analiticità del piano dei conti utilizzato dal Ser.T.

Per ottenere i dati in oggetto, occorre avere i costi del personale, quali ad esempio:

- Competenze fisse;
- Competenze accessorie;
- Competenze da fondo;
- Straordinari;
- Oneri contributivi;
- Accantonamenti TFR;
- Ecc..

Suddivisi per tipologia di operatore, ovvero:



- Medici;
- Psicologi;
- Assistenti Sociali;
- Infermieri;
- Educatori;
- Amministrativi e Tecnici;
- Altri.

Per quanto concerne il denominatore dell'indicatore, i giorni possono essere rilevati dalla rilevazione delle presenze giornaliere (sempre per categoria di appartenenza)

1-B-2) COSTO MEDIO DELLE PRESTAZIONI DEL PERSONALE PER PROFILO PROFESSIONALE RISPETTO AL NUMERO DI PRESTAZIONI EROGATE	
Significato	Indica il costo medio del personale per profilo professionale e per prestazione erogata nel periodo osservato (trimestre). Come il costo medio per giornata di presenza (1-B-1) è un altro indicatore "indiretto" del costo delle prestazioni in quanto valuta la voce di costo più influente per il costo delle prestazioni stesse, ma non è il costo medio della prestazione. La sua evoluzione nel tempo, tuttavia, è un altro valido indicatore di efficienza delle prestazioni erogate dal Ser.T.
Formula	Costo medici / $\sum$ n° prestazioni medici Costo psicologi / $\sum$ n° prestazioni psicologi....

Osservazioni specifiche:

Valgono le stesse considerazioni di cui sopra, con la differenza che, mentre per le giornate di presenza i dati sono abitualmente rilevati ai fini delle leggi sul lavoro, per le prestazioni occorre una vera e propria *banca dati delle prestazioni fornite* dagli operatori per categoria, come quella presente nel sistema mFp, altrimenti l'indicatore in oggetto non può essere calcolato in nessun modo.

I dati necessari saranno quindi ottenibili rilevando per trimestre il numero di prestazioni erogate dal personale codificato opportunamente al fine di individuare le prestazioni erogate per gruppo di appartenenza.

(*) Va inoltre considerato che un operatore eroga più tipi di prestazioni, con tempi di erogazione diversi e quindi diversi impegni di costo. Tuttavia per rendere le informazioni fruibili e l'analisi fattibile, si deve scegliere la prestazione più rappresentativa ("primarie") del profilo professionale in esame, "caricando" su di essi costi (in tempo operatore dedicato) anche delle prestazioni "secondarie" ma complementari e concorrenti all'erogazione delle primarie.

Esempio: Medico

prestazione primaria = visita medica

prestazione secondaria = relazioni cliniche, certificazioni, ecc..

1-C) Indicatori del costo dei risultati [di outcome clinico]

1-C-1) COSTO DI ASSISTENZA EFFICACE/DIE	
<i>Significato</i>	Indica il costo medio assistenziale per giorno medio di assistenza efficace, comprendendovi anche i costi (o gli "sprechi") dei giorni di assistenza inefficace nel periodo osservato (trimestre).
<i>Formula</i>	$QSA / \sum tm-$

Osservazioni specifiche:

Il costo di assistenza efficace/Die è il primo indicatore di Outcome di cui trattiamo nel nostro lavoro.

Per quanto concerne il numeratore di questo quoziente semplice, in esso vanno indicati tutti i costi delle risorse dell'U.O. di competenza del trimestre al netto dei costi per ricerca applicata e prevenzione, al fine di riferire l'indice ai soli costi assistenziali.

Nel caso il piano dei conti gestionale non preveda questa distinzione, potrebbe essere utile valutare lo stesso l'indice considerando un'incidenza media percentuale dei costi per ricerca e prevenzione rispetto al totale dei costi dell'U.O., rilevabile in base alla esperienza di chi gestisce il Ser.T. in quel particolare contesto (il che costituisce un indice di supporto all'analisi di cui si parlerà di seguito) ed eseguire quindi il calcolo che segue:

Costi totali dell'U.O. del periodo osservato (trimestre) * [1 – (incidenza percentuale costi ricerca e prevenzione)]

A tal proposito valga il seguente esempio:

Costi totali dell'U.O. 1° trimestre 2001 = 2.000.000.000

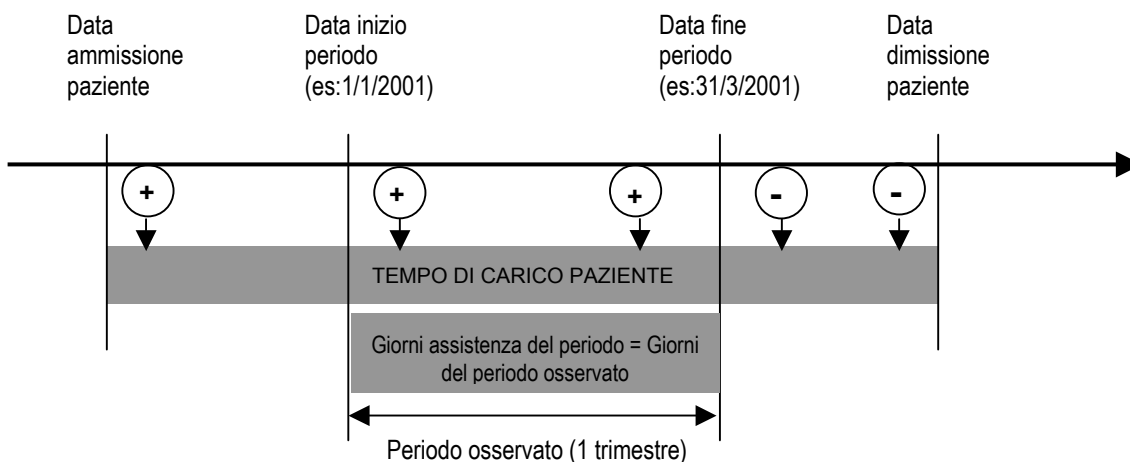
Stima incidenza costi ricerca e prevenzione sul totale = 10%

$$\begin{aligned} \text{Costi di assistenza del trimestre} &= 2.000.000.000 * (1 - 10\%) = 2.000.000.000 * (1 - 0,1) = \\ &= 2.000.000.000 * 0,9 = 1.800.000.000 \end{aligned}$$

In merito invece al denominatore, occorre anche in questo caso avere necessariamente una banca dati degli esami per data con gli esiti degli esami stessi per codice paziente (per esempio, nel modello mFp si indica "+" per positivo all'esame delle morfinurie e "-" per negativo).

Occorre inoltre stabilire una "convenzione" per stabilire quanti sono i giorni con esito positivo rispetto agli esami e quelli con esito negativo, tenuto conto che le rilevazioni avvengono non tutti i giorni, ma ad intervalli per altro non costanti e non prefissati.

In uno dei casi possibili per rilevare i giorni di assistenza prestati al paziente dall'U.O. riportati per l'indicatore [1-A-3] a cui si rinvia, possono essere eseguiti una serie di esami (ipotizziamo 5) così raffigurabili:



Si stabilisce che:

- in caso gli esami successivi risultino entrambi dello stesso segno (entrambi positivi o entrambi negativi), il numero dei giorni sarà dato dal totale dei giorni del periodo tra l'uno e l'altro esame [data fine – data inizio];
- in caso gli esami successivi risultino di segno diverso (uno positivo e l'altro negativo), il numero dei giorni sarà dato dalla metà dei giorni del periodo tra l'uno e l'altro esame $[(data\ fine - data\ inizio) / 2]$, ovvero si riterrà che mediamente il soggetto sia stato positivo all'esame per la metà dei giorni considerati e per l'altra metà negativo;
- il periodo da prendere in considerazione è il periodo di assistenza con le problematiche e le casistiche già indicate per l'indicatore (1-A-3).

Ultima considerazione va fatta sul risultato del rapporto: dividendo il Totale dei costi di periodo solamente per i giorni di terapia efficace, ovvero per la somma dei giorni con esami aventi esito negativo alle morfinurie con le convenzioni sopra indicate, è chiaro che il costo medio risulterà maggiore rispetto al costo per giorno di assistenza prestata, in quanto i giorni di terapia efficace ne sono una parte.

Ciò è corretto dal punto di vista logico in quanto i costi medi di terapia efficace devono tenere conto dei giorni con terapia inefficace "spesi" per portare il paziente nello status di paziente negativo alle morfinurie (è il "prezzo da pagare" solo in parte dovuto alle possibili inefficienze dell'U.O. (vero fattore differenziale nel confronto tra Ser.T. e Ser.T.), ma anche e soprattutto al periodo medio fisiologicamente "investito" sul soggetto per portarlo ad uno stato di drug free).

Matematicamente, i giorni di assistenza totali del periodo osservato, possono essere considerati come la componente di tre addendi:

$$Ga_{TOT} = \sum[Tm -] + \sum[Tmi +] + \sum[Tm\epsilon +]$$

Ove:

Ga_{TOT} = sommatoria dei giorni di assistenza totale effettuati nel periodo sui pazienti in carico

$\sum[Tm -]$ = sommatoria dei giorni con terapia efficace (morfinurie negative) sui pazienti in carico

$\sum[Tmi +]$ = sommatoria dei giorni con terapia inefficace (morfinurie positive) sui pazienti in carico dovute al tempo investito fisiologico per riabilitarli

$\Sigma[Tm_{\varepsilon} +]$ = sommatoria dei giorni con terapia Inefficace (morfinurie positive) sui pazienti in carico dovute a inefficienze intrinseche all'U.O.

Se il costo della terapia efficace si ottiene dai costi totali per assistenza del periodo (che quindi comprendono anche i costi di terapia inefficace) diviso i soli giorni di terapia efficace, come si ottiene l'indicatore di costo di terapia inefficace?

Esso, come si vedrà nel paragrafo che segue, si ottiene sottraendo dall'indicatore poc'anzi illustrato il valore dell'indicatore di costo medio che dovrebbe avere il giorno di assistenza se tutti i giorni fossero "efficaci", ovvero dividendo i costi totali per i giorni di assistenza totale...ed è quindi un indice complesso!

1-C-2) COSTO DI ASSISTENZA INEFFICACE/DIE	
<i>Significato</i>	Indica il maggior costo che l'U.O.deve sostenere mediamente nel periodo osservato per il fatto che esistono componenti di costo(o gli "sprechi") dei giorni di assistenza inefficace nel periodo osservato (trimestre) in parte per inefficienze intrinseche all'U.O., in parte per i tempi "fisiologici" per portare i soggetti assistiti allo stato drug free.
<i>Formula</i>	$[QSA / (\Sigma tm_{-} + \Sigma tm_{+})] - [QSA / (\Sigma tm_{-})]$

Osservazioni specifiche:

Nessuna osservazione diversa oltre a quelle già fatte per l'indicatore (1-C-1), se non per ricordare che è un indicatore complesso di outcome dato dal margine tra due rapporti: [Indicatore di costo di assistenza efficace/die] meno [Indicatore di costo di assistenza efficace/die alla massima efficienza].

1-C-3) INDICE DI OUTCOME GLOBALE (Performance di esito dell'U.O.)	
<i>Significato</i>	Indica in peso percentuale quanto i giorni di assistenza efficace "osservati" ed ottenuti prestati dall'U.O.si avvicinano ai giorni efficaci "attesi" rilevati nel periodo considerato (trimestre). Rapporto tra il numero totale di gg con u-morf. Negative che teoricamente si dovrebbero ottenere e quelli realmente osservati.
<i>Formula</i>	$(\Sigma tm_{-}) / (\Sigma tm_{-} + \Sigma tm_{+})$

Osservazioni specifiche:

Nessuna osservazione diversa oltre a quelle già fatte per l'indicatore (1-C-1) e (1-C-2).

Si ricorda semplicemente che i giorni di assistenza efficace teorici "attesi" sono il totale dei giorni di assistenza prestati dall'U.O.nel periodo osservato (trimestre) parametrati come se fossero tutti con morfinurie negative.

**LIVELLO 2: INDICATORI DI SUPPORTO ALL'ANALISI:****Indicatori di densità prestazionale**

2-A-1) NUMERO MEDIO DI PRESTAZIONI ESEGUITE PER PAZIENTE NEL PERIODO [PER PROFILO PROFESSIONALE]	
<i>Significato</i>	Indica il numero medio di prestazioni erogate nel periodo per singolo paziente, indipendentemente dalla durata della terapia.
<i>Formula</i>	$\frac{\sum \text{n}^\circ \text{ prestazioni medici}}{\sum \text{n}^\circ \text{ prestazioni psicologi}} / \frac{\sum \text{n}^\circ \text{ gg presenza medici}}{\sum \text{n}^\circ \text{ gg presenza psicologi}} \dots$

Osservazioni specifiche:

Per quanto concerne il numero delle prestazioni erogate nel periodo per profilo professionale, si rinvia al commento gli indicatori (1-B-1) e (1-B-2).

2-A-2/A) NUMERO MEDIO DI PRESTAZIONI ACQUISITE DA SINGOLO PAZIENTE IN CARICO ALL'U.O.[PER PROFILO PROFESSIONALE] NEL PERIODO	
<i>Significato</i>	Indica il numero medio di prestazioni (di una particolare categoria) acquisite nel periodo dal singolo paziente in carico
<i>Formula</i>	$\frac{\sum \text{n}^\circ \text{ prestazioni medici}}{\sum \text{n}^\circ \text{ prestazioni psicologi}} / \frac{\sum \text{n}^\circ \text{ pazienti in carico}}{\sum \text{n}^\circ \text{ pazienti in carico}} \dots$

Osservazioni specifiche:

Per quanto concerne il numero delle prestazioni erogate nel periodo per profilo professionale, si rinvia al commento gli indicatori (1-B-1) e (1-B-2).

2-A-2/B) NUMERO MEDIO DI PRESTAZIONI ACQUISITE DA SINGOLO PAZIENTE IN CARICO ALL'U.O.[PER PROFILO PROFESSIONALE] PRO DIE	
<i>Significato</i>	Indica il numero medio di prestazioni (di una particolare categoria) acquisite pro die dal singolo paziente in carico
<i>Formula</i>	$\frac{\sum \text{n}^\circ \text{ prestazioni medici}}{\sum \text{n}^\circ \text{ prestazioni psicologi}} / \left[\frac{\sum \text{n}^\circ \text{ gg presenza medici}}{\sum \text{n}^\circ \text{ gg presenza psicologi}} \times \frac{\sum \text{n}^\circ \text{ pazienti in carico}}{\sum \text{n}^\circ \text{ pazienti in carico}} \right] \dots$

2-A-3) TEMPO MEDIO DI TRATTAMENTO PAZIENTE NEL PERIODO OSSERVATO [TRIMESTRE]	
<i>Significato</i>	Indica il numero medio di giorni di trattamento per paziente nel periodo osservato.
<i>Formula</i>	$\text{tc gg} / \sum \text{n}^\circ \text{ pazienti in carico}$

Osservazioni specifiche:

Il tempo medio di trattamento del paziente è rappresentato dal tempo di carico nel periodo con le cautele e le osservazioni di cui all'indicatore (1-A-3).

La banca dati a cui attingere dovrà essere un'anagrafica con le date di carico e le date di dimissione dei pazienti in modo da poter calcolare i tempi medi di carico per i pazienti stessi, come quella del sistema informativo mFp.

2-B-1) INDICATORE DI INCIDENZA DEI COSTI PER PREVENZIONE E RICERCA SUL TOTALE COSTI DELL'U.O. NEL PERIODO OSSERVATO	
<i>Significato</i>	Indica il peso dei costi del numeratore in relazione al totale dei costi stessi. È un "ratio" di incidenza pura, nella configurazione "da zero-a-uno".
<i>Formula</i>	QSRP/QSA

Osservazioni specifiche:

Valga l'osservazione fatta in introduzione in merito alla struttura del piano dei conti gestionale dei Ser.T..

In mancanza dei costi specifici per ricerca applicata e prevenzione, da estrapolare dai costi totali, si possono stimare con buona approssimazione sulla base della stima del peso di queste voci all'interno di alcune voci di costo "pilota" o "driver" (esempio: ammortamenti macchinari di ricerca, consulenze esterne ecc.).

Sommando le stime per le voci di costo pilota, si otterrà il valore approssimativo delle spese ricercate.

L'indicatore in oggetto evidenzia quanto l' U.O. sia impegnata anche in altre attività extra assistenziali dirette.

Questo può determinare un aumento dei costi assistenziali medi/paziente.

Il rapporto può essere usato come indicatore di controllo in caso di alti costi dell'assistenza/paziente per verificare se vi sia un forte spostamento delle attività (e quindi delle risorse) dell'U.O. più sul versante Prevenzione e Ricerca applicata o una bassa performance

LIVELLO 3: INDICATORI DI BENEFICIO DIRETTO:

3-A) Indicatori di beneficio diretto per l'U.O. nel periodo osservato [trimestre]

3-A-1) SPESA RISPARMIATA PER L'ACQUISTO DI EROINA/DIE [SRE] OSSERVATA NEL PERIODO	
<i>Significato</i>	Indica la "quantità di denaro sottratto al crimine".
<i>Formula</i>	Costo eroina Die x $\sum$ tm-

Osservazioni specifiche:

Per ricavare la sommatoria dei giorni di terapia efficace occorre una banca dati esami (vedi commento in proposito indicatore (1-C-1).

Il costo medio/die dell'eroina in base alle quotazioni di mercato presso il crimine può



essere ottenuto interpellando le Forze dell'Ordine o gli specifici osservatori.

3-A-1) SPESA RISPARMIATA PER L'ACQUISTO DI EROINA/DIE [SRE] ATTESA NEL PERIODO	
<i>Significato</i>	Indica la MASSIMA "quantità di denaro sottratto al crimine" possibile.
<i>Formula</i>	Costo eroina Die x [$\sum tm-$ + $\sum tm+$]

Osservazioni specifiche:

Si rimanda al paragrafo precedente ed alle osservazioni fatte per gli indicatori (1-C-1) e (1-C-2).

3-A-3) INDICE DI BENEFIT-PERFORMANCE	
<i>Significato</i>	Indica la percentuale di raggiungimento dell'obiettivo di benefit massimo (SRE osservata = SRE attesa e indice uguale a UNO)
<i>Formula</i>	SRE totale osservata / SRE totale attesa

Osservazioni specifiche:

Si rinvia alle considerazioni generali fatte nelle definizioni di base degli indicatori nel paragrafo relativo ai quozienti o rapporti.

3-b) Indicatori di beneficio per SOGGETTO nel periodo osservato [trimestre]

3-B-1) SPESA RISPARMIATA PER L'ACQUISTO DI EROINA/DIE [SRE] OSSERVATA PER SOGGETTO NEL PERIODO	
<i>Significato</i>	Indica la "quantità di denaro sottratto al crimine" unitaria per soggetto medio assistito
<i>Formula</i>	SRE totale osservata / $\sum n^\circ$ pazienti in carico

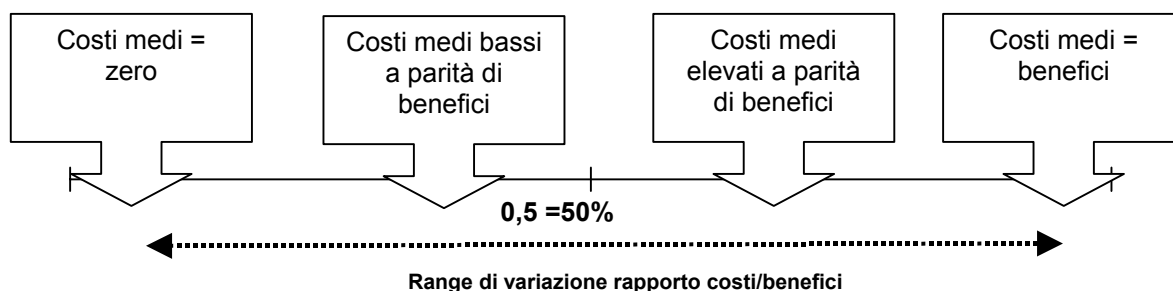
3-C) Rapporto costo/beneficio

3-C-1) RAPPORTO COSTI/BENEFICI NEL PERIODO OSSERVATO PER SOGGETTO ASSISTITO (TRIMESTRE)	
<i>Significato</i>	Indica il peso dei costi sostenuti per assistere un soggetto medio sul valore di beneficio diretto osservato per lo stesso paziente nel periodo. Più si avvicina a UNO, più i benefici raggiunti sono "costati cari" all'U.O.
<i>Formula</i>	QSA / SRE totale osservata

Osservazioni specifiche:

Il rapporto costi/benefici così configurato, varia da zero a uno, ed è in realtà un “peso percentuale” dei costi sostenuti per assistere il paziente rispetto ai benefici apportati ed osservati mediamente dall'U.O. nel periodo sul singolo soggetto.

Poiché i costi giornalieri per assistere il paziente sono generalmente inferiori alla SRE per paziente, il numeratore del quoziente sarà generalmente inferiore al denominatore, e pertanto il “range” di variazione sarà da zero a uno.

**L'APPLICAZIONE DEL MODELLO DI ANALISI**

Il presente documento costituisce una applicazione pratica del Modello AnCosBen su un caso concreto, al fine di verificarne l'affidabilità, la pragmaticità, l'efficacia informativa e la fattibilità pratica.

In particolare, il calcolo pratico degli indici di AnCosBen ha portato a dover risolvere una serie di problematiche di carattere tecnico-pratico, e di interpretazione dei risultati stessi di cui si vuole rendere conto al fine di fornire un quadro completo e chiaro della differenza tra teorizzazione di un modello, e sua realizzazione pratica.

Per valutare gli indicatori ottenuti, è stato creato un apposito software tanto semplice nell'inserimento dei dati e nel calcolo degli stessi indicatori, quanto complesso e sofisticato nell'architettura delle sue operazioni interne, create “ad hoc” per poter calcolare - in una “manciata di minuti” - migliaia di dati per singolo paziente.

Si ringrazia lo Staff Tecnico della Unità Operativa analizzata per la fornitura dei dati che si sono resi necessari alla realizzazione pratica di questo lavoro.

Contesto in cui è stata svolta l'analisi preliminare

Procediamo con l'identificazione precisa del contesto in cui è stata svolta l'applicazione pratica del modello AnCosBen, di cui dovrà essere sempre tenuto debito conto nella valutazione degli indici ottenuti (come già abbiamo ricordato nella relazione esplicativa del modello stesso).

**Tab. 1: Quadro sinottico riassuntivo indicatori.**

Livello	Codice e descrizione
INDICATORI DEI COSTI "INTERESSANTI"	1 – A – 1) Costo globale grezzo/die dell'U.O.
	1 – A – 2) Costo globale grezzo/per soggetto assistito dell'U.O.
	1 – A – 3) Costo globale grezzo/ per giornata di assistenza erogata dall'U.O.
	1 – B – 1) Costo medio delle prestazioni del personale per profilo professionale rispetto al numero giorni di presenza
	1 – B – 2) Costo medio delle prestazioni del personale per profilo professionale rispetto al numero di prestazioni erogate
	1 – C – 1) Costo di assistenza efficace/die
	1 – C – 2) Costo di assistenza inefficace/die
	1 – C – 3) Indice di Outcome-GLOBALE (performance di esito dell'U.O.)
INDICATORI DI SUPPORTO ALL'ANALISI	2 – A – 1) DENSITÀ PRESTAZIONALE SPECIFICA Numero medio di prestazioni erogate per paziente [nel periodo osservato] dagli operatori dell'U.O. (per profilo professionale).
	2-A-2/a) Numero medio di prestazioni acquisite da singolo paziente in carico all'U.O.[per profilo professionale] nel periodo
	2-A-2/b) Numero medio di prestazioni acquisite da singolo paziente in carico all'U.O.[per profilo professionale] PRO DIE
	2 – A – 3) Tempo medio di trattamento paziente nel periodo osservato
	2 – B-1) Indicatore di incidenza dei costi per prevenzione e ricerca sul totale costi dell'U.O. nel periodo osservato
INDICATORI DI BENEFICIO DIRETTO	3 – A – 1) Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina [SRE] totale osservata nel periodo
	3 – A – 2) Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina [SRE] attesa nel periodo
	3 – A – 3) Indice di Benefit-Performance
	3 – B – 1) Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina [SRE] media osservata per soggetto nel periodo
	3 – C-1) Rapporto Costi/Benefici (media per soggetto)

Di seguito si riportano schematicamente i dati identificativi dell'Unità Operativa analizzata:

Nome dell'U.O. presa in considerazione

SER.T. 1 ULSS numero 20 della Regione Veneto
Via Germania, 20
37100 VERONA

Caratteristiche dell'U.O. presa in considerazione

Periodo osservato:

UN SEMESTRE [Dal 01 ottobre 2000 al 31 marzo 2001]

Numero utenti in carico nel periodo osservato:

L'Unità operativa in esame aveva in carico 407 pazienti

Tipologia e numerosità di operatori presenti:

Di seguito si riporta una tabella riassuntiva indicante il numero di operatori presenti per gruppo di appartenenza:

Gruppo operatore	N°
Medici	3
Psicologi	1
Assistenti sociali	5
Infermieri	4
Amministrativi	3
Totale	16

Nota: si considera come un operatore il personale che nel periodo considerato abbia mediamente lavorato a tempo pieno. I part-time vengono quindi valutati come [0,5].

Costi a cui si è fatto riferimento nel periodo osservato per l'U.O. analizzata

Si riassumono di seguito i costi di competenza del periodo osservato raggruppati in base ai classici rendiconti forniti dalle unità di controllo di gestione, con particolare attenzione ai costi del personale per gruppo di appartenenza:



DESCRIZIONE	LIRE/000
Beni Sanitari	
Prodotti farmaceutici - emoderivati	74.958
Materiali diagnostici/prodotti chim.	4.481
Presidi chirurgici/materiale sanit.	11.199
Totale beni sanitari	90.638
Beni non sanitari	
Mat. guardaroba/pulizia/convivenza	1.337
Combustibili, carburanti e lubrificanti	950
Materiali per manutenzioni e riparazioni	309
Altri beni non sanitari	68.281
Totale beni non sanitari	70.875
Prestazioni di servizi sanitari e socio-sanitari	
Assistenza residenziale (socio-sanitaria)	548.790
Altra attività socio-sanitaria	4.098
Consulenze sanitarie e veterinarie	23.271
Libera professione	1.530
Assegni e contributi	354.000
Rimborsi per prestazioni sociosanitarie	14.400
Totale prestazioni di servizi sanitari e sociosanitari	946.089
Servizi non sanitari	
Pulizia/disinfestazione/derattizzazione	1.491
Riscaldamento	4.388
Servizi vari (trasporti, rifiuti, manutenzioni, vigilanza)	7.903
Consulenze non sanitarie	65.235
Servizio di formazione	21.071
Altri servizi non sanitari	708
Totale servizi non sanitari	100.794
Personale	
Medici	211.679
Psicologi	65.810
Assistenti sociali	110.904
Infermieri	83.976
Amministrativi e tecnici	75.798
Totale personale	548.168
Altri costi	27.839
Ammortamenti	22.136
Totale costi di competenza	1.806.539

Situazione relativa ai pazienti presenti nell'U.O.analizzata

Per quanto concerne i pazienti presenti nell'U.O.analizzata, si riportano di seguito alcuni dati riferiti all'analisi dei tempi di carico degli stessi:

Tempo di carico medio [giorni]	159,7
Tempo di carico minimo [giorni]	1
Tempo di carico massimo [giorni]	182
Mediana tempo carico [giorni]	182
Tempo di carico cumulato [giorni]	64.998
Di cui: giorni con esami morfinarie negative	21.411
Di cui: giorni con esami morfinarie positive	19.601
Di cui: giorni non determinati	23.986

I "giorni non determinati" sono dati dalla differenza tra:

- tempi di carico cumulati;
- somma di giorni cumulati con esami aventi esito positivo e negativo.

La differenza in essere, che nel software per il calcolo degli indicatori viene definita per l'appunto "giorni non determinati", è fisiologicamente possibile che esista, in quanto i test sulle urine rilevati dagli esami, non necessariamente sono stati fatti per tutti i pazienti in carico al Ser.T nel periodo considerato.

Gli stessi pazienti, inoltre, potrebbero aver ricevuto altre tipologie di prestazioni nel periodo medesimo.

Si manifesta in questa fattispecie una prima differenza tra modello teorico, e applicazione pratica dello stesso.

Sempre nel software, il complemento a uno del rapporto tra [giorni non determinati] e [totale tempo di carico cumulato] ci fornisce un indice che abbiamo chiamato "indice di rappresentatività".

Questo quoziente composto, ci fornisce una chiara idea di quanto siamo riusciti [o meno] ad avere una informazione completa sullo stato di salute dei pazienti per tutto il corso del periodo osservato, rispetto ai giorni di carico cumulati degli stessi.

Questo indicatore sarà uguale a UNO [100%] quando i giorni "non determinati" saranno uguali a zero; infatti il rapporto sarà dato da:

$$1 - \frac{\text{Giorni non determinati}}{\sum \text{gg di assistenza erogata}} = 1 - 0 = 1$$

Parimenti, lo stesso rapporto si ottiene dividendo il numero dei giorni in cui è stata determinata la morfina, e il totale dei giorni di assistenza erogata.

Per quanto concerne i risultati della nostra analisi, abbiamo determinato gli indici che derivavano direttamente dalla situazione rilevata, e abbiamo calcolato nuovamente gli stessi "riassegnando" i giorni aventi esami con esito alle morfinarie sia negativo che positivo, in proporzione a quelli ottenuti dal primo calcolo, per verificare quanto incidesse questo fattore sull'analisi globale.

In pratica è stato eseguito il calcolo su questi dati:

*Indici calcolati sui dati ottenuti*

Giorni con morfinurie negative = 21.411

Giorni con morfinurie positive = 19.601

Indici calcolati sui dati con i giorni non determinati "riassegnati" in proporzione:

Peso dei giorni con morfinurie negative sul totale

= $21.411 / [21.411 + 19.601] = 0,522 = 52,2\%$

Peso dei giorni con morfinurie positive sul totale

= $[1 - 0,522] = 0,478 = 47,8\%$

Giorni non determinati = 23.986

Giorni riassegnati a "esami con morfinurie negative"

= $23.986 \times 52,2\% = 12.521$

Giorni riassegnati a "esami con morfinurie positive"

= $23.986 - 12.521 = 11.465$

Giorni con morfinurie negative = $21.411 + 12.521 = 33.932$

Giorni con morfinurie positive = $19.601 + 11.465 = 31.066$

Tempo di carico totale = $33.932 + 31.066 = 64.998$ [c.v.d.]

Quali indicatori sono stati quindi influenzati da questo fattore?

Gli indicatori sensibili ai giorni di terapia "non determinati" sono stati:

a) I *Costi interessanti*: indicatori di costo dei risultati (outcome clinico), ovvero:

Costo di assistenza efficace/die

Costo di assistenza INefficace/die

Indice Outcome/performance.

b) Tutti gli indici di Beneficio diretto (panel 3). Per questi sono stati effettuati i calcoli nelle due modalità suddette.

Analisi delle prestazioni svolte nell'U.O.presa in considerazione

Ai fini della identificazione dell'U.O., e del contesto dal quale sono stati tratti gli indici di AnCosBen, non poteva mancare cenno al profilo delle prestazioni svolte nel periodo considerato.

La tabella che segue illustra la numerosità per tipologia di prestazioni eseguite nel periodo, e la relativa densità prestazionale rilevata:

TIPO PRESTAZIONE EFFETTUATA DA	N° PRESTAZIONI PRIMARIE	NUMERO OPERATORI	DENSITÀ PRESTAZIONALE SPECIFICA PER GIORNO OPERATIVO U.O.
Medici	3.357	3	9,6
Psicologi	197	1	1,5
Assistenti sociali	718	5	1,4
Infermieri	26.379	4	29,1
Educatori			
Amministrativi e tecnici	Nd	3	Nd
Altro personale			

Le prestazioni “primarie” sono quelle prestazioni direttamente attribuibili all’attività tipica dell’operatore. Le altre prestazioni (secondarie, o indirette) sono attività a supporto di quelle primarie.

METODI DI RACCOLTA DEI DATI E CREAZIONE DEI DATA BASE: STRUMENTI UTILIZZATI

Per il calcolo degli indicatori è stato creato un apposito Data Base relazionale, come già evidenziato in epigrafe, in grado di generare il calcolo stesso da dati imputati manualmente o importati da sistemi esterni.

Nell’Unità Operativa del Ser.T. 1 della ULSS n° 20 Regione Veneto, presa in analisi ai fini della realizzazione di questo caso pratico sul progetto AnCosBen, si sono ottenuti i dati necessari da due fonti diverse.

Per quanto concerne i dati relativi ai movimenti di pazienti, prestazioni ed esami del periodo analizzato, gli stessi dati sono stati ottenuti attraverso importazione dal sistema mFp (Multi Functional Platform), in quanto questo Data Base è già utilizzato all’interno della struttura.

I dati di mFp sono stati previamente filtrati in quanto all’interno dei suoi archivi sono presenti informazioni riguardanti altri centri di costo riferiti all’Unità Operativa analizzata, oltre al Ser.T.

Sono quindi stati esportati da MPF tutti i dati, e poi sono state effettuate ricerche opportune eliminando tutti quelli non riferiti al Ser.T. e alle prestazioni fatte su tossicodipendenti.

Per quanto concerne invece i costi di periodo, sono stati ottenuti appositi report relativi al periodo considerato dall’Unità di Controllo di Gestione di riferimento.

I report forniti in forma cartacea si riferiscono ai costi del periodo e alle presenze per tipologia di operatore degli operatori del Ser.T.

I tabulati dei costi sono stati opportunamente rettificati in modo da ottenere i costi solo del Ser.T. di competenza del periodo analizzato.

Vediamo nei paragrafi successivi e nel dettaglio, le fonti dei dati utilizzate e i metodi adottati per ottenere i dati utili ad AnCosBen.



L'anagrafica pazienti e i movimenti pazienti ottenuti da mFp

Il software mFp (Multi Functional Platform) presente nell'U.O. analizzata, tra le altre rilevazioni ed elaborazioni, possiede un archivio dei movimenti dei pazienti e relative anagrafiche.

A tal proposito, in allegato al presente rapporto, si riporta un estratto del manuale della sezione anagrafica pazienti e prestazioni di mFp, al fine di poter meglio comprenderne il suo funzionamento.

Ai fini della Legge 675/96 (c.d. "Legge sulla Privacy") non sono stati esportati altri dati anagrafici (che sono dati rientranti nella categoria di quelli "sensibili") se non i seguenti:

- codice anagrafica;
- data di nascita;
- sesso;
- data prima ammissione;
- data dimissione;
- data eventuale riammissione;
- codice Unità Operativa.

Questi dati, essendo collegati solamente al codice anagrafica, che è un codice alfanumerico incomprensibile, sono assolutamente anonimi, e quindi trattabili ai fini statistici in conformità delle Leggi vigenti.

Poiché i dati esportati da mFp sono, come sopra osservato, comprensivi di altre U.O. oltre al Ser.T. analizzato, attraverso una ricerca di tutti i record contenenti il codice Unità Operativa del Ser.T., sono state prese in considerazione solo le anagrafiche interessate, ovvero quelle di tossicodipendenti, depurando i files recepiti da codici anagrafica generici o non attinenti al nostro studio.

Attraverso l'importazione dei movimenti relativi ai pazienti (data ammissione, data dimissione, eventuale data riammissione), il data base AnCosBen disponeva di tutti i dati necessari al calcolo dei tempi di carico per periodo.

Occorre precisare a questo punto il funzionamento delle date che generano i movimenti per anagrafica nel sistema mFp e in AnCosBen, in modo da meglio comprendere come sono stati calcolati i tempi di carico dei pazienti.

Data ammissione:

È la data di prima ammissione del paziente nel Ser.T., ovvero la data di ingresso per la prima volta dello stesso nella Unità Operativa.

Data riammissione:

È la data dell'ultima ammissione del paziente in carico all'Unità Operativa.

Data dimissione:

È la data dell'ultima dimissione del paziente dall'Unità operativa.

Se il paziente ha data di riammissione maggiore della data di dimissione, significa che è in carico, in quanto la data di dimissione rappresenta il giorno in cui era stato dimesso precedentemente alla riammissione.

Se il paziente ha data di dimissione maggiore della data di riammissione, esso risulta non in carico a partire dalla data di dimissione stessa.

Con opportuni algoritmi, il software AnCosBen è in grado di selezionare le anagrafiche risultanti in carico nel periodo osservato (un trimestre o più trimestri), e di valutare il numero dei pazienti in carico in quella "finestra di tempo", e i relativi giorni di assistenza.

Ovviamente, se il paziente risultasse in carico per tutto il periodo osservato, il tempo di carico dello stesso coinciderà con il numero dei giorni dall'inizio del periodo osservato alla fine

dello stesso.

Le prestazioni per tipologia di operatore ottenute da mFp

Anche per quanto concerne le prestazioni, il sistema mFp implementato nella Unità Operativa presa in considerazione ha permesso l'importazione dei dati relativi, opportunamente rielaborati e filtrati "ad hoc" per selezionare solo i dati di competenza dell'U.O. stessa.

I dati importati sono stati i seguenti:

- codice anagrafica;
- data prestazione;
- codice gruppo prestazione;
- codice sottogruppo prestazione;
- codice operatore;
- codice unità operativa (utilizzato per la selezione dei dati del Ser.T);

I dati relativi alle prestazioni sono stati filtrati per il codice unità operativa esternamente al programma AnCosBen, ed è stata effettuata una "pulizia" di tutte le prestazioni non proprie dell'attività tipica di un operatore del Ser.T. analizzato, oppure rilevate dal sistema, ponendo in relazione le prestazioni con le tipologie di prestazione e i codici operatore (che sono files presenti anche nel sistema AnCosBen costituenti archivi di base dello stesso).

1. Correlando i dati di operatori con le prestazioni, ad ogni codice operatore siamo riusciti a risalire al nome dell'operatore e di conseguenza alla categoria di operatore.
2. Correlando i codici gruppo e sottogruppo prestazioni con le tipologie di prestazione, siamo riusciti a capire le tipologie di prestazioni associate alle rilevazioni del sistema mFp, in modo da depurare opportunamente i dati.

Si veda, per maggior chiarezza, lo schema sintetico seguente, che illustra quanto effettuato nella attività di correlazione e predisposizione dei dati all'importazione in AnCosBen.

Un tipo di "pulizia" delle prestazioni non proprie degli operatori dell'U.O. analizzata ai fini del corretto calcolo degli indicatori, è stata l'eliminazione delle attività secondarie, in modo da evidenziare solo quelle PRIMARIE:

- Tutte le attività telefoniche.
- Relazioni scritte, rilascio impegnative...
- Altre relazioni...
- Riunioni del caso.
- Attività gestionale, accompagnamento.
- Attività di prevenzione...
- Rapporti con comunità terapeutiche...
- Per attività esterne/interne generiche.
- Riunioni varie.
- Riunioni organizzative.
- Varie attività gestionali...

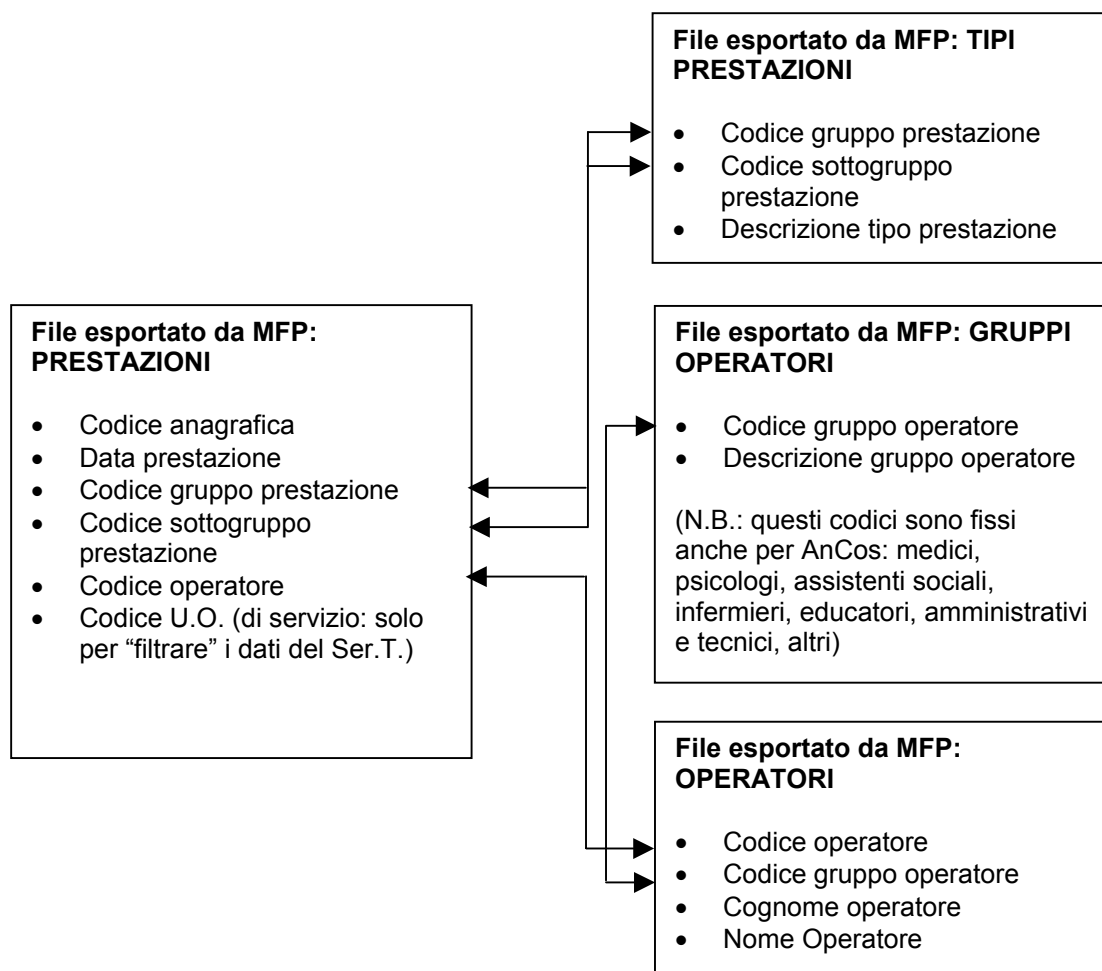
Le attività sopra elencate, infatti, non ci dicono nulla in merito all'efficienza delle prestazioni per categoria di operatore, in quanto trattasi di attività accessorie a quella propria di ciascun operatore stesso.

Il programma AnCosBen, una volta importati i dati relativi alle prestazioni, genera automaticamente, nel corso del calcolo degli indici, il numero di prestazioni per tipologia di



operatore e per paziente effettuate nel trimestre o nei trimestri facenti parte della “finestra” del periodo di osservazione.

Fig. 3: Schema relazioni create tra files esportati dal sistema mFp al fine di importare i dati delle prestazioni in AnCosBen



Gli esami alle morfinurie ottenuti da mFp

Anche gli esami alle morfinurie sono stati importati dal sistema mFp.

In particolare, sono stati importati i seguenti dati:

- Codice anagrafica.
- Data esame.
- Esito test alle morfinurie (+ o -).

I dati degli esami sono stati anch'essi depurati di altri esami a pazienti non tossicodipendenti, e di esami diversi dal test sulla presenza di morfinurie nelle urine.

Una volta opportunamente filtrati, i dati sono stati inseriti in AnCosBen.

I costi dell'Unità Operativa analizzata ottenuti dal controllo di gestione

Per quanto concerne i costi del semestre già riportati nella sezione relativa al contesto in cui è stata svolta l'analisi, sono stati reperiti dati di costo di competenza di tutte le unità operative in capo al centro di costo Ser.T 1 dell'ULSS numero 20 della Regione Veneto, gentilmente forniti dall'Unità di Controllo di Gestione preposta.

I dati relativi ai costi di competenza del quarto trimestre 2000 e del primo trimestre 2001 aggregati, sono stati opportunamente rettificati in un foglio di lavoro al fine di ottenere i dati del solo Ser.T. e non anche delle altre unità operative ad esso connesse.

I giorni di attività del personale sono stati rilevati dalle presenze giornaliere di ogni singolo operatore nel periodo osservato, e sono poi stati raggruppati per tipologia, in conformità alle categorie individuate per gli indicatori di AnCosBen.

Le rettifiche effettuate sono state per la maggior parte semplici attribuzioni in percentuale sul totale dei costi al Ser.T.

Di seguito si riportano le principali rettifiche effettuate per tipologia di costo:

1. Prodotti farmaceutici: sono stati rettificati estrapolando l'incidenza di acquisto degli antiretrovirali [non riferibili all'attività Ser.T] (95,20%).
2. Prodotti alimentari: sono stati eliminati in quanto non di competenza del Ser.T.
3. Materiale guardaroba, combustibili, materiale per manutenzione: imputati al Ser.T per il 50%.
4. Altri beni non sanitari: imputati al Ser.T per l'80%.
5. Servizi non sanitari: imputati al Ser.T per il 50%.
6. Personale: sono stati imputati i soli costi relativi al personale del Ser.T forniti dal controllo di gestione.
7. Ammortamenti: imputati al Ser.T per il 50%.
8. Altri costi: imputati al Ser.T per il 50%.

In allegato alla presente relazione si riporta il foglio di calcolo utilizzato per ottenere i costi di competenza, e le relative schede di supporto.

Per quanto concerne il dato relativo alla SRE (Spesa Risparmiata Eroina), il costo medio di mercato al giorno per soggetto tossicodipendente è stato rilevato dalle analisi statistiche di riferimento nazionali prelevate dal sito Internet Dronet.



RISULTATI DELL'ANALISI

Una volta raccolti tutti i dati all'analisi, e predisposta la soluzione software relazionale che permettesse il raggiungimento degli obiettivi del progetto, si è proceduto al calcolo degli indici, che ha determinato le risultanze appresso indicate.

Si tenga presente che, per gli indicatori influenzati dal "numero di giorni indeterminati", come già chiarito all'inizio del presente documento, si riportano i risultati relativi a giorni di terapia efficace/inefficace sia grezzi che riassegnati in proporzione.

Tab. 2: Dati di base all'analisi:

DESCRIZIONE DATO DI BASE	VALORE
Costo medio/die Eroina	100.000
Giorni operatività U.O. del semestre considerato	137,5
Numero pazienti in carico	407
Numero pazienti che hanno sostenuto esami alle morfinurie	254
Giorni totali di assistenza erogata (tempo di carico cumulato)	64.998
Numero giorni con morfinurie negative	21.411
Numero giorni con morfinurie positive	19.601
Numero giorni indeterminati	23.986
Indice di rappresentatività	63,1%
Peso giorni morfinurie negative sul totale	52,2%
Numero giorni con morfinurie negative riassegnati	33.932
Numero giorni con morfinurie positive riassegnati	31.066
Costi assistenziali totali del periodo per l'U.O.analizzata	1.806.541.000
Costi di ricerca applicata e prevenzione per l'U.O.analizzata	n.d.
Costi del personale: medici (3)	211.680.000
Costi del personale: psicologi (1)	65.810.000
Costi del personale: assistenti sociali (5)	110.905.000
Costi del personale: infermieri (4)	83.976.000
Costi del personale: amministrativi (3)	75.798.000
Giorni di presenza cumulati personale: medici	349
Giorni di presenza cumulati personale: psicologi	135
Giorni di presenza cumulati personale: assistenti sociali	506
Giorni di presenza cumulati personale: infermieri	907
Giorni di presenza cumulati personale: amministrativi	273
Numero di prestazioni cumulate personale: medici	3.357
Numero di prestazioni cumulate personale: psicologi	197
Numero di prestazioni cumulate personale: assistenti sociali	718
Numero di prestazioni cumulate personale: infermieri	26.379
Numero di prestazioni cumulate personale: amministrativi	n.d.

Tab. 3: Indicatori dei "costi interessanti"

DESCRIZIONE INDICATORE PANEL 1				VALORE
A) INDICATORI DEL COSTO GREZZO DELLE RISORSE				
A1) costo globale grezzo/die dell'U.O.				13.138.480
A2) costo globale grezzo/soggetto assistito (su 407 soggetti assistiti)				4.438.676
A3) costo globale grezzo/giornata di assistenza erogata (su 64.998 gg erogati)				27.794
B) INDICATORI DEL COSTO DELLE PRESTAZIONI				
<i>Tipo operatore</i>	<i>Costi cumulati</i>	<i>Peso%</i>	<i>Su gg pres.</i>	<i>Su Nr prestaz.</i>
Medici (3)	211.680.000	38,6%	606.539	63.056
Psicologi (1)	65.810.000	12,0%	487.915	334.061
Assistenti sociali (5)	110.905.000	20,2%	219.353	154.464
Infermieri (4)	83.976.000	15,3%	92.617	3.183
Amministrativi (3)	75.798.000	13,8%	277.344	n.d.
C) INDICATORI DEL COSTO DEI RISULTATI				<i>Grezzi</i> <i>Riassegn.</i>
C1) Costo assistenza efficace/DIE (gg. Morf. Neg.)				84.374 53.240
C2) Costo assistenza INefficace/DIE (gg. Morf. Pos.)				40.325 25.446
C3) Indice Outcome/performance (gg.m.osservati/gg.m.attesi)				52,21% 52,20%

Tab. 4: Indicatori di supporto all'analisi

DESCRIZIONE INDICATORE PANEL 2			VALORE
A) INDICATORI DI DENSITÀ PRESTAZIONALE			
1) Densità prestazionale specifica: numero medio di prestazioni EROGATE dagli operatori dell'U.O. dal 1/10/2000 al 31/3/2001			
Medici (gg presenza 349)			9,6
Psicologi (gg presenza 135)			1,5
Assistenti sociali (gg presenza 506)			1,4
Infermieri (gg presenza 907)			29,1
Amministrativi (gg presenza 273)			n.d.
2) Numero medio di prestazioni ACQUISITE da singolo paziente in carico			
	<i>Media/ periodo</i>	<i>Media/ die</i>	
Medici	8,2	0,024	
Psicologi	0,5	0,004	
Assistenti sociali	1,8	0,003	
Infermieri	64,8	0,071	
Amministrativi	n.d.		
3) Tempo medio trattamento paziente nel periodo su 181 gg			159,7
tasso di ritenzione in carico (rapporto percentuale tra numero medio di gg di carico osservati e numero di gg attesi)			88,23%
B) Incidenza costi prevenzione e ricerca sul totale costi			n.d.

**Tab. 5: Indicatori di beneficio diretto**

DESCRIZIONE INDICATORE PANEL 3	Grezzi	Riassegnati
A) INDICATORI DI BENEFICIO PER L'U.O. NEL PERIODO		
1) SRE totale osservata nel periodo	2.141.100.000	3.393.200.000
2) SRE totale attesa del periodo	4.101.200.000	6.499.800.000
3) indice di benefit/performance	52,2%	52,2%
B) INDICATORI DI BENEFICIO PER SOGGETTO NEL PERIODO		
1) SRE media per soggetto osservata nel periodo	5.260.688	8.337.101
2) Media gg/paziente morfinurie negative = 53		
3) Media gg/paziente morfinurie positive = 48		
C) RAPPORTO COSTI/BENEFICI	84,4%	53,2%
Costi: costo globale grezzo dell'U.O. = 1.806.541.000		
Benefici diretti: SRE osservata 1= 2.141.100.000		
Benefici diretti: SRE riassegnata 2= 3.393.200.000		

Come abbiamo potuto constatare, la riassegnazione dei giorni “non determinati” su quelli di terapia efficace e inefficace in base al relativo peso sul totale, comporta differenze notevoli solo sugli indicatori di beneficio diretto (soprattutto di quelli per soggetto), condizionando notevolmente il rapporto costi/benefici, che risulta più basso (e quindi migliore) nel caso della riassegnazione.

I risultati ottenuti dall'analisi AnCosBen sono interessanti per fornirci un “metro” di misura dell'efficienza e della efficacia di un'Unità Operativa.

Dall'analisi fatta risulterebbe che l'Unità Operativa presa in considerazione abbia buoni indicatori di performance in termini di efficienza e di efficacia.

Tuttavia per sapere se i valori rilevati sono o meno conformi ad uno standard di riferimento di eccellenza, dovremmo impiantare un sistema di analisi autoreferenziale che recepisca i dati di molte Unità Operative (a livello regionale o nazionale) e, calcolando medie, restituisca valori di riferimento medi, peggiori e migliori: è un argomento che sarà sviluppato nel prossimo paragrafo.

POSSIBILE EVOLUZIONE DELL'ANALISI ANCOSBEN: UN SISTEMA DI AUTOVALUTAZIONE COMPARATA

La costruzione di un sistema che a livello regionale o nazionale recepisca gli indici elaborati di AnCosBen su tutte le Unità Operative costituirebbe un eccellente sistema di autovalutazione comparata, in quanto fornirebbe a tutti gli operatori del settore una visione più ampia delle proprie potenzialità in termini di efficienza (output prestazionale) e di efficacia (outcome).

Quello che ora ci dobbiamo chiedere è se gli indici di AnCosBen si prestino al confronto anche se scaturiti da realtà talvolta diverse.

Sino a quando gli indici forniscono grandezze in valore assoluto, come per esempio gli

indicatori di costo grezzo delle risorse (costo globale grezzo/die dell'U.O., ecc...) essi sono un termine di paragone che fornisce un'idea di minimo e di massimo all'interno dell'insieme dei Ser.T. comparati.

Questi valori devono per necessità essere valutati nel contesto in cui le varie realtà operano, quindi vanno corredati dal numero di addetti dell'Unità Operativa, dal numero di pazienti in carico, eccetera.

Gli altri indicatori, invece, hanno il pregio di essere relativi, come per esempio gli indicatori di costo dei risultati, le densità prestazionali e i rapporti costi/benefici.

Questo pregio permette a chi esegue il confronto di poterlo fare direttamente con gli indicatori stessi senza considerare i contesti da cui sono stati ricavati, in quanto sono già "relativi" appunto: per esempio, l'indice outcome/performance rappresenta un rapporto tra giorni di terapia efficace osservati rispetto a quelli attesi e ciò lo rende indipendente dalla dimensione del Ser.T. analizzato in quanto è un dato già relativo ed omogeneo agli altri Ser.T.

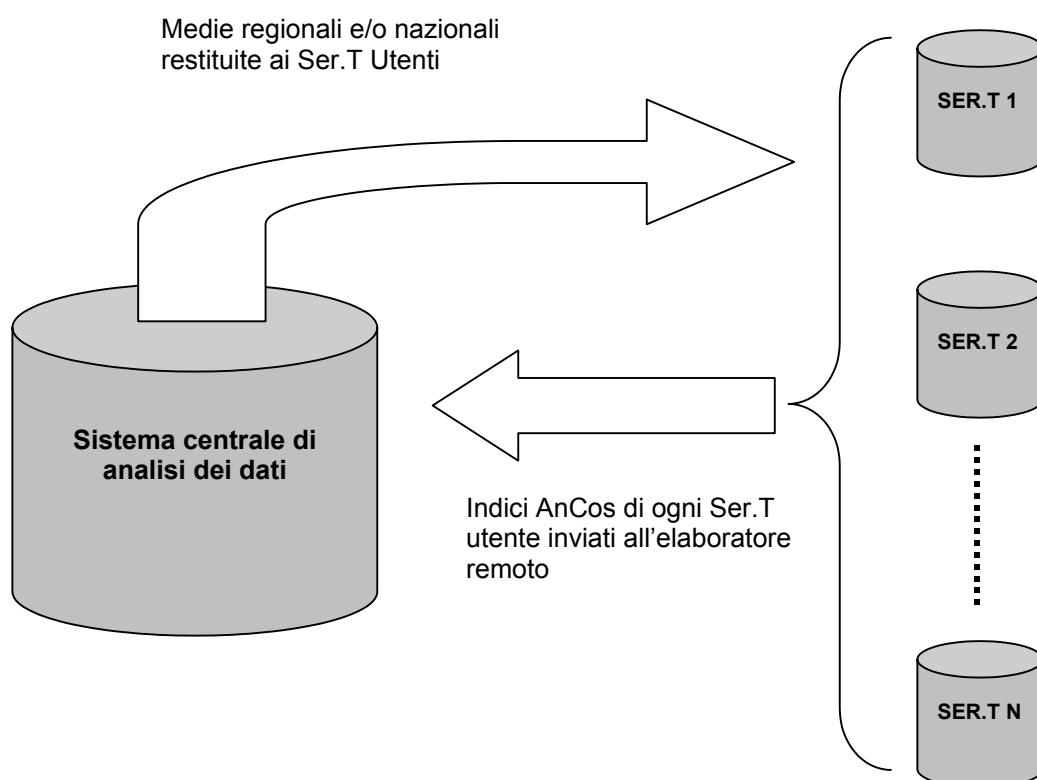
Esistono pertanto validi presupposti a che il sistema di autovalutazione comparata del modello AnCosBen si realizzi.

Perché ciò possa essere fatto occorre che tutti i Ser.T. coinvolti abbiano a disposizione:

- i dati di costo classificati per destinazione in modo omogeneo, e quindi abbiano piani dei conti omogenei;
- un sistema di rilevazione delle prestazioni e degli esami giornaliero, e quindi siano organizzati e abbiano personale addestrato all'inserimento sul programma AnCosBen o mFp dei dati stessi;
- un sistema centrale, magari via internet o intranet, che recepisca gli indici elaborati da AnCosBen, li elabori, ricavi le medie nazionali, e restituisca i dati ai Ser.T. utenti.

Si veda lo schema concettuale riportato nella pagina seguente, a tal proposito.

Fig. 4: Schema di un sistema di autovalutazione comparata per AnCosBen



**ALLEGATI ALLA ANALISI**

Per meglio chiarire il processo logico che ha supportato lo sviluppo e la successiva applicazione del modello di analisi dei costi, di seguito andiamo ad allegare una documentazione in merito:

- Foglio di lavoro calcolo costi dei due trimestri forniti dal Controllo di Gestione analizzato per l'U.O.Ser.T. 1 ULSS 20 Regione Veneto.
- Foglio di lavoro calcolo costi del semestre analizzato per l'U.O.Ser.T. 1 ULSS 20 Regione Veneto.
- Foglio di lavoro calcolo costi del personale nel periodo considerato.
- Maschere di input del software AnCosBen.
- Estratto del manuale mFp anagrafica e prestazioni.

ALLEGATO 1:
COSTI DEI DUE TRIMESTRI FORNITI DAL CONTROLLO DI GESTIONE ANALIZZATO
PER L'U.O. SER.T. 1 ULSS 20 REGIONE VENETO

MODELLO AnCOS: Foglio di lavoro per la determinazione dei consuntivi relativi al 4° trim 2000 e 1° trim 2001 [separati]
[migliaia di Lire]

Descrizione	4° trim. 2000	Rettifiche	Sert 4° trim 2000	1° trim. 2001	Rettifiche	Sert 1° trim 2001
Beni Sanitari						
Prodotti farmaceutici - emoderivati	821.483	(782.052)	39.431	740.150	(704.623)	35.527
Materiali diagnostici/prodotti chim.	2.245		2.245	2.236		2.236
Presidi chirurgici/materiale sanit.	9.157		9.157	2.042		2.042
Totale beni sanitari	832.885	(782.052)	50.833	744.428	(704.623)	39.805
Beni non sanitari						
Prodotti alimentari	1.470	(1.470)	0	467	(467)	0
Mat. Guardaroba/Pulizia/convivenza	885	(443)	443	1.788	(894)	894
Combustibili, carburanti e lubrificanti	1.226	(613)	613	673	(337)	337
Materiali per manutenzioni e riparazioni	518	(259)	259	99	(50)	50
Altri beni non sanitari	50.641	(10.128)	40.513	34.710	(6.942)	27.768
Totale beni non sanitari	54.740	(12.913)	41.827	37.737	(8.689)	29.048
Prestazioni di servizi sanitari e sociosanitari						
Assistenza specialistica accreditata			0	0		0
Assistenza residenziale (sociosanitaria)	284.619		284.619	264.171		264.171
Altra attività sociosanitaria	4.098		4.098	0		0
Consulenze sanitarie e veterinarie	4.282		4.282	18.989		18.989
Libera professione	720		720	810		810
Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privati			0	0		0
Prest/cons. da az. Pubbliche regione			0	0		0
Assegni e contributi			0	354.000		354.000
Rimborsi per prestazioni sociosanitarie	14.400		14.400	0		0
Totale prestazioni di servizi sanitari e socios	308.119	0	308.119	637.970	0	637.970
Servizi non sanitari						
Pulizia/disinfestazione/derattizzazione	2.981	(1.491)	1.491	0	0	0
Riscaldamento	5.265	(2.633)	2.633	3.510	(1.755)	1.755
Servizio trasporti	1.439	(720)	720	0	0	0
Servizio smaltimento rifiuti	1.220	(610)	610	0	0	0
Servizio manutenzione fabbricati	1.152	(576)	576	3.577	(1.789)	1.789
Servizio manutenzione impianti e macchinari	1.465	(733)	733	0	0	0
Servizio manutenzione attrezzature sanitarie		0	0	0	0	0
Servizio manutenzione beni mobili	3.324	(1.662)	1.662	615	(308)	308
Servizio vigilanza	1.609	(805)	805	1.404	(702)	702
Consulenze non sanitarie	85.113	(42.557)	42.557	45.357	(22.679)	22.679
Servizio di formazione	21.141	(10.571)	10.571	21.001	(10.501)	10.501
Altri servizi non sanitari		0	0	1.415	(708)	708
Totale servizi non sanitari	124.709	(62.355)	62.355	76.879	(38.440)	38.440
Personale						
Medici	215.273	(123.013)	92.260	278.646	(159.226)	119.420
Psicologi	73.583	(44.150)	29.433	72.754	(36.377)	36.377
Assistenti sociali	52.831	0	52.831	69.688	(11.615)	58.074
Infermieri	98.360	(59.016)	39.344	111.581	(66.949)	44.632
Educatori	41.103	(41.103)	0	34.337	(34.337)	0
Amministrativi e tecnici	36.168	0	36.168	39.630	0	39.630
Altro personale	132.421	(132.421)	0	125.841	(125.841)	0
Totale personale	649.739	(399.703)	250.036	732.477	(434.345)	298.132
Altri costi						
Canoni noleggio attrezz. Tecniche economali	6.580	(3.290)	3.290		0	0
Spese rappresentanza e pubblicità	1.762	(881)	881		0	0
Imposte, tasse e tributi		0	0	296	(148)	148
Altri oneri diversi di gestione	25.712	(12.856)	12.856	19.792	(9.896)	9.896
Compensi al pers x attiv. C/terzi	850	(425)	425		0	0
Cassa economale	686	(343)	343		0	0
Totale altri costi	35.590	(17.795)	17.795	20.088	(10.044)	10.044



Ammortamenti

Ammortamento immobilizzazioni immateriali	2.071	(1.036)	1.036	4.669	(2.335)	2.335
Ammortamento impianti e macchinari	960	(480)	480	570	(285)	285
Ammortamento impianti e macchinari sanitari	186	(93)	93	186	(93)	93
Ammortamento mobili e macchine d'ufficio	16.225	(8.113)	8.113	15.705	(7.853)	7.853
Ammortamento automezzi	1.108	(554)	554		0	0
Ammortamento altri beni	1.523	(762)	762	1.068	(534)	534
Totale ammortamenti	22.073	(11.037)	11.037	22.198	(11.099)	11.099

Totale costi di competenza	2.027.855	(1.285.854)	742.001	2.271.777	(1.207.239)	1.064.538

N.B. colonna rettifiche:

- 1) Prodotti farmaceutici: sono stati rettificati estrapolando l'incidenza di acquisto degli antiretrovirali [non riferibili all'attività Sert] (95,20%)
- 2) Prodotti alimentari: sono stati eliminati in quanto non di competenza del Ser.T.
- 3) Materiale guardaroba, combustibili, mat.per manutenzione: imputati al Ser.T per il 50%
- 4) Altri beni non sanitari: imputati al Ser.T per l'80%
- 5) Servizi non sanitari: imputati al Ser.T per il 50%
- 6) Personale: vedi relativo foglio di dettaglio : le differenze con il bilancio sono state imputate nella voce "Altro Personale"
- 7) Ammortamenti: imputati al Ser.T per il 50%
- 8) Altri costi: imputati al Ser.T per il 50%

ALLEGATO 2:
COSTI DEL SEMESTRE ANALIZZATO PER L'U.O. SER.T. 1 ULSS 20 REGIONE
VENETO

MODELLO AnCOS: Foglio di lavoro per la determinazione dei consuntivi relativi al semestre dal 1/10/2000 al 31/3/2001

[migliaia di Lire]

Descrizione	4° trim. 2000	1° trim. 2001	Tot. Semestre	Rettifiche	Solo Sert sem.
Beni Sanitari					
Prodotti farmaceutici - emoderivati	821.483	740.150	1.561.633	(1.486.675)	74.958
Materiali diagnostici/prodotti chim.	2.245	2.236	4.481		4.481
Presidi chirurgici/materiale sanit.	9.157	2.042	11.199		11.199
Totale beni sanitari	832.885	744.428	1.577.313	(1.486.675)	90.638
Beni non sanitari					
Prodotti alimentari	1.470	467	1.937	(1.937)	0
Mat. Guardaroba/Pulizia/convivenza	885	1.788	2.673	(1.337)	1.337
Combustibili, carburanti e lubrificanti	1.226	673	1.899	(950)	950
Materiali per manutenzioni e riparazioni	518	99	617	(309)	309
Altri beni non sanitari	50.641	34.710	85.351	(17.070)	68.281
Totale beni non sanitari	54.740	37.737	92.477	(21.602)	70.875
Prestazioni di servizi sanitari e sociosanitari					
Assistenza specialistica accreditata		0	0		0
Assistenza residenziale (sociosanitaria)	284.619	264.171	548.790		548.790
Altra attività sociosanitaria	4.098	0	4.098		4.098
Consulenze sanitarie e veterinarie	4.282	18.989	23.271		23.271
Libera professione	720	810	1.530		1.530
Altre prestazioni sanitarie e sociosanitarie da privati		0	0		0
Prest/cons. da az. Pubbliche regione		0	0		0
Assegni e contributi		354.000	354.000		354.000
Rimborsi per prestazioni sociosanitarie	14.400	0	14.400		14.400
Totale prestazioni di servizi sanitari e sociosanit	308.119	637.970	946.089	0	946.089
Servizi non sanitari					
Pulizia/disinfestazione/derattizzazione	2.981	0	2.981	(1.491)	1.491
Riscaldamento	5.265	3.510	8.775	(4.388)	4.388
Servizio trasporti	1.439	0	1.439	(720)	720
Servizio smaltimento rifiuti	1.220	0	1.220	(610)	610
Servizio manutenzione fabbricati	1.152	3.577	4.729	(2.365)	2.365
Servizio manutenzione impianti e macchinari	1.465	0	1.465	(733)	733
Servizio manutenzione attrezzature sanitarie		0	0	0	0
Servizio manutenzione beni mobili	3.324	615	3.939	(1.970)	1.970
Servizio vigilanza	1.609	1.404	3.013	(1.507)	1.507
Consulenze non sanitarie	85.113	45.357	130.470	(65.235)	65.235
Servizio di formazione	21.141	21.001	42.142	(21.071)	21.071
Altri servizi non sanitari		1.415	1.415	(708)	708
Totale servizi non sanitari	124.709	76.879	201.588	(100.794)	100.794
Personale					
Medici	215.273	278.646	493.918	(282.239)	211.679
Psicologi	73.583	72.754	146.337	(80.527)	65.810
Assistenti sociali	52.831	69.688	122.519	(11.615)	110.904
Infermieri	98.360	111.581	209.941	(125.965)	83.976
Educatori	41.103	34.337	75.440	(75.440)	0
Amministrativi e tecnici	36.168	39.630	75.798	0	75.798
Altro personale	132.421	125.841	258.262	(258.262)	0
Totale personale	649.739	732.477	1.382.216	(834.048)	548.168
Altri costi					
Canoni noleggio attrezz. Tecniche economali	6.580		6.580	(3.290)	3.290
Spese rappresentanza e pubblicità	1.762		1.762	(881)	881
Imposte, tasse e tributi		296	296	(148)	148
Altri oneri diversi di gestione	25.712	19.792	45.504	(22.752)	22.752
Compensi al pers x attiv. C/terzi	850		850	(425)	425
Cassa economale	686		686	(343)	343
Totale altri costi	35.590	20.088	55.678	(27.839)	27.839



Sistema di analisi dei costi e dei benefici (ANCOSBEN) per le tossicodipendenze

ammortamenti

Ammortamento immobilizzazioni immateriali	2.071	4.669	6.740	(3.370)	3.370
Ammortamento impianti e macchinari	960	570	1.530	(765)	765
Ammortamento impianti e macchinari sanitari	186	186	372	(186)	186
Ammortamento mobili e macchine d'ufficio	16.225	15.705	31.930	(15.965)	15.965
Ammortamento automezzi	1.108		1.108	(554)	554
Ammortamento altri beni	1.523	1.068	2.591	(1.296)	1.296
totale ammortamenti	22.073	22.198	44.271	(22.136)	22.136

totale costi di competenza	2.027.855	2.271.777	4.299.632	(2.493.093)	1.806.539

Incidenza Ser.T su totale → **42,0%**

N.B. colonna rettifiche:

- 1) Prodotti farmaceutici: sono stati rettificati estrapolando l'incidenza di acquisto degli antiretrovirali [non riferibili all'attività Sert] (95,20%)
- 2) Prodotti alimentari: sono stati eliminati in quanto non di competenza del Ser.T.
- 3) Materiale guardaroba, combustibili, mat.per manutenzione: imputati al Ser.T per il 50%
- 4) Altri beni non sanitari: imputati al Ser.T per l'80%
- 5) Servizi non sanitari: imputati al Ser.T per il 50%
- 6) Personale: vedi relativo foglio di dettaglio : le differenze con il bilancio sono state imputate nella voce "Altro Personale"
- 7) Ammortamenti: imputati al Ser.T per il 50%
- 8) Altri costi: imputati al Ser.T per il 50%

ALLEGATO 3: COSTI DEL PERSONALE NEL PERIODO CONSIDERATO

MODELLO AnCOS: Costi del personale c/o SERT 1 dal 1/10/2000 al 31/3/2001												
Personale	4° trim. 2000	N°	Media oper.	1° trim. 2001	N°	Media oper.	adla oper. sem.	1° op. Sert	Costi sem. Sert	1° op. Sert	Costi sem. Sert	1° op. Sert
Medici	215.272.729	7,0	30.753.247	278.645.767	7,0	39.806.538	70.559.785	116	606.919	3	211.679.355	3
Psicologi	73.583.086	2,5	29.433.234	72.753.938	2,0	36.376.969	65.810.203	135	486.797	1	65.810.203	1
Assistenti sociali	52.830.741	5,0	10.566.148	69.688.448	6,0	11.614.741	22.180.890	101	219.483	5	110.904.448	5
Infermieri	98.360.142	10,0	9.836.014	111.581.003	10,0	11.158.100	20.994.115	101	208.306	4	83.976.458	4
Educatori	41.103.257	3,3	12.343.320	34.337.227	3,0	11.445.742	23.789.063	-	-	-	-	-
Amministrativi e tecnici	36.168.158	3,0	12.056.053	39.629.608	3,0	13.209.869	25.265.922	91	277.686	3	75.797.766	3
Altro personale	48.571.897	5,0	9.714.379	48.609.766	5,0	9.721.953	19.436.333	-	-	-	-	-
Totale personale	565.890.010	35,8	114.702.396	655.245.757	36,0	133.333.914	248.036.310	1.799.191	1.799.191	16	548.168.230	16
CALCOLO ORE LAVORATE PER OPERATORE MEDIO PER GRUPPO												
Gruppo	Cognome	4/2000	1/2001	Ore tot	Ore convenzionali al giorno = 7,36	Giorni/semestre	Media/gruppo					
Amministrativi e tecnici	Bigardi	470	385	855	116	40	116					
Amministrativi e tecnici	Zanetti	297	0	297	40	116	40					
Amministrativi e tecnici	Zavarise	445	412	857	116	116	116					
Totale Amministrativi e tecnici		1.212	797	2.009	273	91	91					
Assistenti sociali	Frighetto	400	419	819	111	111	111					
Assistenti sociali	Grandi	390	391	781	106	106	106					
Assistenti sociali	Marani	428	371	799	109	109	109					
Assistenti sociali	Montresor	332	413	745	101	101	101					
Assistenti sociali	Peroni	266	309	575	78	78	78					
Totale Assistenti sociali		1.816	1.903	3.719	505	101	101					
Infermieri	Baccaglioni	0	372	372	51	51	51					
Infermieri	Farinelli	432	406	838	114	114	114					
Infermieri	Mazzon	430	441	871	118	118	118					
Infermieri	Padovani	452	385	837	114	114	114					
Infermieri	Rancan	391	447	838	114	114	114					
Infermieri	Russo	443	460	903	123	123	123					
Infermieri	Scolari	426	398	824	112	112	112					
Infermieri	Tognetto	172	202	374	51	51	51					
Infermieri	Verdani	377	442	819	111	111	111					
Totale Infermieri		3.123	3.553	6.676	907	101	101					
Medici	Bricolo	489	449	938	127	127	127					
Medici	Gomma	515	517	1.032	140	140	140					
Medici	Mosciaro	274	323	597	81	81	81					
Totale Medici		1.278	1.289	2.567	349	116	116					
Psicologi	Aldegheri	466	529	995	135	135	135					
Totale Psicologi		466	529	995	135	135	135					
Totale complessivo		7.895	8.071	15.966	2.169	103	103					

N.B. 19 infermieri hanno lavorato nel periodo



ALLEGATO 4

MASCHERE DI INPUT DEL SOFTWARE ANCOSBEN

Maschera 1: Evidenzia la cronistoria dei movimenti del paziente in oggetto, permettendo di memorizzare le diverse ammissioni e dimissioni che possono caratterizzare la cura di un utente dell'U.O.. Rappresenta inoltre gli esami effettuati dallo stesso in merito al test delle morfinurie

MENU	HELP	Nuovo	Trova	Ordina	Importa	Chiudi
		Elimina	Tutti	Elenco	Esporta	

Movimenti Pazienti

{8A252318-1B42-11D4-A07C-000000000000}

Codice anagrafica

Cognome

Nome

13/09/1966

☐ M ☒ F

0 Generico -

Data nascita

Sesso

Operatore

DATE DI CARICO E STATO PAZIENTE

06/08/1996	23/02/2000	06/08/1996	Out	1.296
Prima amm.	Dimissione	Ultima amm.	Stato attuale	TC oggi [gg]

ESAMI [data e test morfinurie]

Dati relativi al periodo di osservazione
calcolato dal 01/10/2000 al 31/03/2001

Giorni di terapia ok	0
Giorni di terapia no	0
Conto esami	0

Maschera 2: L'inserimento degli esiti del test delle morfinurie si presenta con una schermata molto semplice in quanto si richiede la compilazione di solo tre campi: data, codice anagrafico e risultato (+ o -)

The screenshot shows a software interface with a dark header bar containing a 'MENU' button with a small orange icon and a 'HELP' button. To the right of these are several red buttons: 'Nuovo', 'Trova', 'Ordina', 'Importa', 'Chiudi', 'Elimina', 'Tutti', 'Elenco', and 'Esporta'. Below the header is a light green main area. At the top of this area is a dark grey tab labeled 'Input Esami'. Below the tab are two input fields: 'Data' and 'Codice anagrafica'. In the center of the main area is a white box containing two radio buttons, one with a '+' sign and one with a '-' sign, both with red outlines. Below the radio buttons is a dark grey label 'Test morfinurie'.

Maschera 3: L'input delle prestazioni fornite ai singoli pazienti viene rappresentato da una schermata composta da solo da quattro record: codice anagrafica, data, tipo di prestazione fornite e operatore (che ha somministrato la prestazione)

The screenshot shows a software interface similar to the previous one. The header bar has 'MENU' and 'HELP' buttons, and a row of red buttons: 'Nuovo', 'Trova', 'Ordina', 'Importa', 'Chiudi', 'Elimina', 'Tutti', 'Elenco', and 'Esporta'. The main area has a dark grey tab labeled 'Input Prestazioni'. Below the tab are four input fields arranged in two rows. The first row has a single wide field for 'Codice anagrafica'. The second row has two fields: 'Data' and 'Tipo prestazione'. To the right of these two fields is a red button labeled 'Ricalcola'. Below the second row is a third row with a single wide field for 'Operatore'.



Maschera 4: in essa vanno inseriti i costi sostenuti dall'U.O. nel periodo di analisi oggetto di studio, depurati degli eventuali costi di pertinenza di altre unità operanti nella medesima struttura (es. comunità diurna, alcologia, ecc.)

MENU		HELP		Nuovo	Trova	Ordina	Importa	Chiudi
		Elimina	Tutti			Esporta		
Costi di periodo								
Trimestre	Anno				Giorni operatività U.O.			
Descrizione								Valore totale
Beni sanitari								
Beni non sanitari								
Prestazioni di servizi sanitari e sociosanitari								
Servizi non sanitari								
Personale	GG op.		N° op.		Costi tot/gruppo			
Medici								
Psicologi								
Assistenti sociali								
Infermieri								
Educatori								
Amministrativi e Tecnici								
Altro personale								
Giorni operatività totale			su operatori					
[servizio] Subtotale costi personale								
Altri costi								
Ammortamenti								
Costi di ricerca e prevenzione								
[servizio] Totale costi del periodo								

Maschera 5: Sempre riferito al periodo in oggetto in tale sezione andiamo ad inserire ulteriori dati inerenti l'attività svolta dall'U.O., la dove l'unità viene supportata dalla piattaforma mFp, tali dati potranno essere facilmente recuperati dal relativo data base

DATI DI BASE PER IL CALCOLO DEGLI INDICI
Chiudi Stampa

Periodo di elaborazione scelto: dal 4 trim. 2000 al 1 trim. 2001
 MENU HELP

DATI DI BASE PER IL CALCOLO INDICI
Dati di base
Panel 1
Panel 2
Panel 3

Scegliere un periodo per il calcolo indici

Dal

Trimestre

4

Anno

2000

Al

Trimestre

1

Anno

2001

Costo medio / Die mercato Eroina	100.000	
Giorni operatività effettiva Unità Operativa (festività escluse)	137,5	
Numero pazienti in carico	407	
Numero pazienti che hanno sostenuto esami morfinurie	254	
Giorni totali assist. erogata (TC cumulado - festività incluse)	64.998	Indice di rappresentatività 63,1% Rapporto % tra il n. di gg in cui è stata determinata la morfinuria, e il totale dei gg di assistenza erogata
Numero giorni morfinurie negative	21.411	
Numero giorni morfinurie positive	19.601	
Numero giorni indeterminati	23.986	
Costi totali assistenziali di periodo	1.806.541.000	
Costi totali ricerca e prev. di periodo	0 % su tot.	0%

Dati relativi al personale	N°	Costi totali	gg.pres.Tot	N.prest.prim.
Medici	3	211.680.000	349	3.357
Psicologi	1	65.810.000	135	197
Assistenti sociali	5	110.905.000	506	718
Infermieri	4	83.976.000	907	26.379
Educatori	0	0	0	0
Amministrativi e tecnici	3	75.798.000	273	0
Altro personale	0	0	0	0
TOTALE	16	548.169.000	2.170	30.651

Calcola Indici



Maschera 6: rappresenta il primo pannel di indicatori frutto dell'elaborazione dei dati precedentemente inseriti o recuperati direttamente dal data base della piattaforma mFp. Si tratta di indicatori di costi interessanti

INDICATORI DEI COSTI INTERESSANTI
Chiudi
Stampa

Periodo di elaborazione scelto: dal 4 trim. 2000 al 1 trim. 2001
 MENU
HELP

COSTI INTERESSANTI
Dati di base
Panel 1
Panel 2
Panel 3

A INDICATORI DEL COSTO GREZZO DELLE RISORSE						
1	Costo Globale Grezzo / die della U.O.	13.138.480				
2	Costo globale Grezzo / soggetto assistito (su 407 sogg. assistiti)	4.438.676				
3	Costo globale Grezzo / giorno di assist. erogata (su 64.998 gg. erogati)	27.794				
B INDICATORI DI COSTO DELLE PRESTAZIONI PRIMARIE						
1	Dati personale	N°	Costi tot.	Peso %	Costo/gg	Costo/prest.
	Medici	3	211.680.000	38,6%	606.359	63.056
	Psicologi	1	65.810.000	12,0%	487.915	334.061
	Assistenti sociali	5	110.905.000	20,2%	219.353	154.464
	Infermieri	4	83.976.000	15,3%	92.617	3.183
	Educatori	0	0	0,0%	0	0
	Ammin. e tecnici	3	75.798.000	13,8%	277.344	0
	Altro personale	0	0	0,0%	0	0
	TOTALE	16	548.169.000	100,0%		
C INDICATORI DI COSTO DEI RISULTATI (outcome clinico)						
1	Costo Assistenza Efficace / die (gg. con morf. NEG osservati)	84.374				
2	Costo Assistenza INEfficace / die (gg. con morf. POS osservati)	40.325				
3	Indice di Outcome Globale (Performance di esito dell' U.O.) (gg. tot. morf.neg. osservati / gg. tot.morf.neg. attesi)	52,21%				

**Maschera 8: Indicatori di beneficio diretto**

INDICATORI DI BENEFICIO DIRETTO		Chiudi	Stampa
Periodo di elaborazione scelto: dal 4 trim. 2000 al 1 trim. 2001		MENU	HELP
VALUTAZIONI OUTCOME DELLA U.O.		Dati di base	Panel 1 Panel 2 Panel 3
SRE = SPESA RISPARMIATA PER L'ACQUISTO DI EROINA/DIE			
A	INDICATORI DI BENEFICIO PER L' U.O. NEL PERIODO		
1	SRE totale osservata nel periodo	2.141.100.000	
2	SRE totale attesa nel periodo	4.101.200.000	
3	Indice di Benefit / Performance	52,2%	
B	INDICATORI DI BENEFICIO PER SOGGETTO NEL PERIODO		
1	SRE media osservata per singolo soggetto nel periodo di osservazione (181 gg)	5.260.688	
	Media gg/paziente morfinurie negative	53	
	Media gg/paziente morfinurie positive	48	
C	RAPPORTO COSTI / BENEFICI (media die / periodo)		
1	Rapporto costi / benefici (*)	0,84	
	(*) Costi : costo globale grezzo della U.O. = 1.806.541.000 Benefici diretti: Spesa risparmiata per l'acquisto di eroina 2.141.100.000		

BIBLIOGRAFIA

Berwick DM, Weinstein MC. What do patients value? Willingness-to-pay for ultrasound in normal pregnancy. Medical Care 1985; 23: 881-93.

Birch S, Donaldson C. Applications of cost benefit analysis to health care: departures from welfare economic theory. J Health Economics 1987; 6: 211-25.

Birch S, Gafni A. Cost-effectiveness and cost utility analysis: methods for the non-economic evaluation of health care programmes and how we can do better. In: Geilser E, Heller O (eds). Managing technology in health care. Norwell, MA: Kluwer Academic Publishers, 1996; 51-68.

Brenna A, Manuale di Economia Sanitaria, Cis Editore, 1990.

Donaldson C, Shackley P. Economic evaluation. In: Detels R, Holland WW, McEwen J, Omenn GS (eds). Oxford textbook of public health (3rd ed). Volume 2: The methods of public health. Oxford: Oxford University Press, 1997a; 949- 71.

Donaldson C, Shackley, P. Does 'process utility' exist? A case study of willingness to pay for laparoscopic cholecystectomy. Social Science and Medicine 1997b; 44: 699- 707.

Drummond MF. Cost of illness studies: a major headache? PhannacoEconomics: 1992; 2(1): 1-4.

Fenton FR, Tessier L, Contandriopoulos A-P, Nguyer H, Struening EL. A comparative trial of home and hospital psychiatric treatment: financial costs. Can J Psychiatry 1982; 27(3): 177-87.

- Gold MR, Siegel JE, Russell LB, Weinstein MC (ed). Cost-effectiveness in health and medicine. New York: Oxford University Press, 1996.
- Hagard S, Carter F, Milne RG. Screening for spina bifida cystica: a cost-benefit analysis. *B J Soc Prevent Med* 1976; 30(1): 40-53.
- Hull R, Hirsh J, Sackett DL, Stoddart GL. Cost-effectiveness of clinical diagnosis, venography and non-invasive testing in patients with symptomatic deep-vein thrombosis. *N Engl J Med* 1981; 304: 1561-7.
- Johannesson M, Jonsson B. Economic evaluation in health care: is there a role for cost-benefit analysis? *Health Policy* 1991; 17: 1-23.
- Logan AG, Milne BJ, Achber C, Campbell WP, Haynes RB. Cost-effectiveness of a work-site hypertension treatment programme. *Hypertension* 1981; 3(2): 211-8.
- Lowson KV, Drummond MF, Bishop JM. Costing new services: long-term domiciliary oxygen therapy. *Lancet* 1981; ii: 1146-9.
- Ludbrook A. A cost-effectiveness analysis of the treatment of chronic renal failure. *Appl Economics* 1981; 13: 337-50.
- Mehrez A, Gafni A. Quality-adjusted life-years, utility theory and health years equivalents. *Medical Decision Making* 1989; 9: 142-9.
- Neuhauser D, Lewicki AM. What do we gain from the sixth stool guaiac? *N Engl J Med* 1975; 293(5): 226-8.
- Neumann P, Johannesson M. The willingness to pay for in vitro fertilization: a pilot study using contingent valuation. *Medical Care* 1994; 32: 686-99.
- O'Brien BJ, Novosel S, Torrance G, Streiner D. Assessing the economic value of a new antidepressant: a willingness-to-pay approach. *Pharmacoeconomics* 1995; 8(1): 34-5.
- Oldridge N, Furlong W, Feeny D, Torrance G, Guyatt G, Crowe J et al. Economic evaluation of cardiac rehabilitation soon after acute myocardial infarction. *Am J Cardiol* 1993; 72: 154-61.
- Reynell PC, Reynell MC. The cost-benefit analysis of a coronary care unit. *Br Heart J* 1972; 34: 897-900.
- Russell IT, Devlin HB, Fell M, Glass N J, Newell DJ. Day-case surgery for hernias and haemorrhoids: a clinical, social and economic evaluation. *Lancet* 1977; i:844-7.
- Sackett DL. Evaluation of health services. In Last JM (ed). *Health and preventive medicine*. New York: Appleton-Century Crofts, 1980; 1800-23.
- Stason WB, Weinstein MC. Allocation of resources to manage hypertension. *N Engl J Med* 1977; 296: 732-7.
- Waller J, Adler M, Creese A, Thome S. Early discharge from hospital for patients with hernia or varicose veins. HMSO, London: Department of Health and Social Security (UK), 1977.
- Weisbrod BA, Test MA, Stein LI. Alternatives to mental hospital treatment: economic cost-benefit analysis. *Arch General Psychiatry* 1980; 37: 400-5.



DELTA SYSTEM: AUTO ANALISI COMPARATA DEGLI INDICI DI PERFORMANCE MEDIANTE RETE INTERNET

Giovanni Serpelloni ¹⁾, Massimo Margiotta ²⁾

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. Progetto Ancos del Ministero della Salute e Coordinamento delle Regioni

PREMESSE

In un sistema basato sulle direttive e sulla filosofia del Total Quality Management, il principio dell'*autocontrollo* è uno degli elementi - cardine per avvicinarsi sempre di più - e con successo - al raggiungimento degli obiettivi identificati in sede di pianificazione, e per valorizzare la propria organizzazione attraverso la progressiva ottimizzazione dei processi interni.

Il controllo, o più precisamente il "controllo di gestione", si attua attraverso l'utilizzo di strumenti essenziali, che forniscono una serie di informazioni sull'andamento della gestione nel suo evolversi temporale, confrontando i risultati ottenuti in termini di efficienza o efficacia rispetto agli obiettivi stabiliti ed identificati in via preventiva.

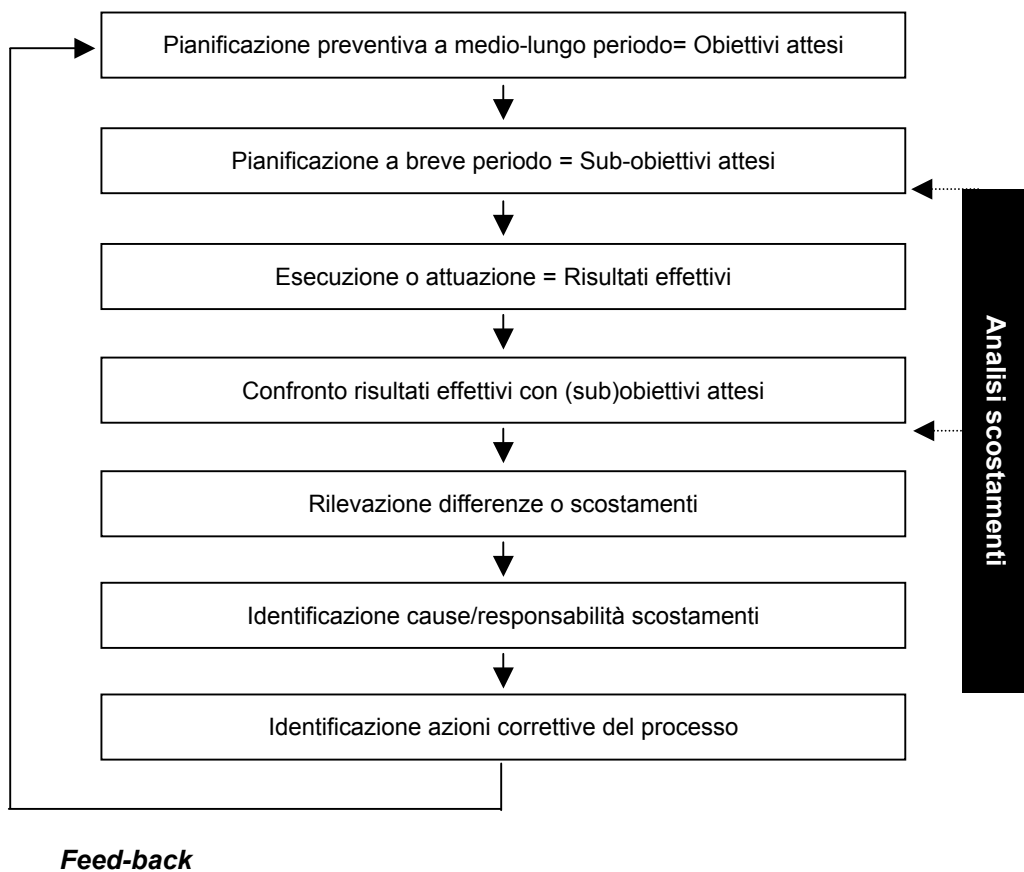
Gli elementi di confronto tra preventivo (obiettivi) e consuntivo (risultati) avviene generalmente ponendo in contrapposizione valori, grandezze, indici ecc...

Successivamente al confronto, si analizzano le differenze o *scostamenti* tra obiettivi attesi e risultati ottenuti, e si cerca di identificarne, attraverso opportune tecniche di scomposizione in scostamenti elementari, cause, responsabilità eventuali ed azioni correttive.

Tutto questo sistema di confronto ed aggiustamento o "taratura" successiva dei processi gestionali di un'organizzazione attraverso un continuo "*feed-back*", viene comunemente definito "analisi degli scostamenti".

In via schematica, se ne illustra il principio di attuazione nella figura che segue:

Fig. 1: Il sistema di confronto e aggiustamento



Perfettamente allineato a questa logica, il Delta System (DS) è un particolare e più semplificato sistema di analisi degli scostamenti, o meglio, è un “sistema di autovalutazione comparata”.

Il Delta System diviene un utile “sistema di autovalutazione comparata” a supporto dei responsabili delle unità operative, al fine di poter valutare i punti critici e di forza dei servizi da loro diretti.

Il suo carattere distintivo fondamentale da un qualunque rilevatore di scostamenti propriamente detto sta nell’origine dei dati relativi agli *obiettivi attesi*.

Mentre infatti un sistema di analisi degli scostamenti tradizionale ha come obiettivi attesi grandezze o indicatori determinati dall’attività di pianificazione, che promana direttamente dall’organo direttivo e dal management dell’organizzazione, nel caso del Delta System questi scostamenti sono il risultato di un calcolo di medie e/o mediane tra indicatori e grandezze di più unità operative (leggi: organizzazioni) a livello regionale, che si confrontano periodicamente, e da cui scaturiscono “standard di eccellenza” riferiti all’insieme di U.O. comparate.

Se a prima vista questa impostazione può sembrare semplicistica e riduttiva, in una più approfondita analisi essa presenta anche aspetti di particolare pregio.

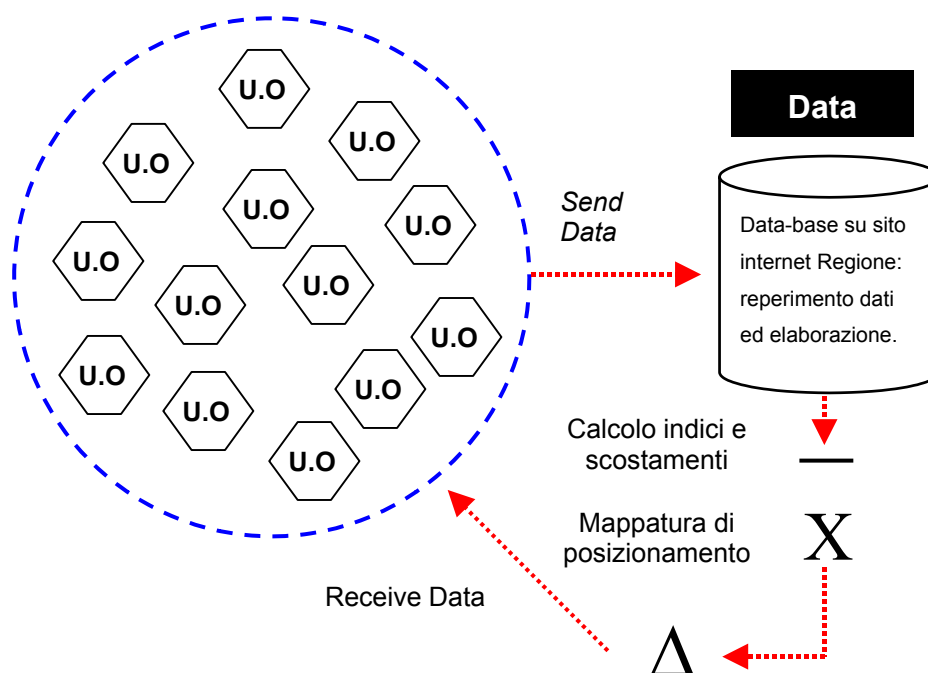
Nella tabella che segue si illustrano schematicamente alcuni caratteri distintivi tra Delta System e processo di analisi degli scostamenti propriamente detto.

La raccolta dei dati del Delta System presuppone il calcolo di indicatori che saranno poi raggruppati per Unità Operative regionali operanti con condizioni e finalità omogenee.



Gli obiettivi che si pone il sistema Delta System sono quindi quelli di permettere al manager di un'Unità Operativa di poter valutare quali siano i punti critici e di forza dei servizi da loro gestiti.

Fig. 2: Sistema di Autovalutazione – Delta System



Tab. 1: Confronto tra concetto di “Analisi degli scostamenti” e “Delta System” nel contesto del controllo di gestione di un’organizzazione.

ELEMENTO DI CONFRONTO	ANALISI DEGLI SCOSTAMENTI “TRADIZIONALE”	DELTA SYSTEM
Origine dati relativi agli obiettivi attesi da confrontare con quelli consuntivi	Dalla direzione e dal management	Dagli standard di eccellenza rispetto alla media degli indicatori calcolati per ogni U.O. appartenente all'insieme confrontato (es: Regione)
Termine di confronto o riferimenti esterni oggettivi e scientifici per determinare gli obiettivi attesi	Il mercato per organizzazioni analoghe o affini e la concorrenza per i “follower” e/o nuovi obiettivi ad-hoc per i “leader”	Non esiste oppure sono informazioni parziali e incomplete, e quindi occorre creare uno standard di riferimento

Numerosità e complessità delle variabili, delle grandezze o degli indicatori posti a confronto	Medio – alta e complessa: occorre un team direzionale dedicato ad alimentare il sistema informativo	Bassa con alto grado di semplicità: i manager delle U.O. devono garantire principalmente l'efficacia, ma devono controllare con immediatezza anche l'efficienza dei processi interni alle U.O. stesse
Supporto informatico	Information technology interna alle organizzazioni e banche dati di marketing, aree di R&D (ricerca e sviluppo) ecc...	Information technology interna alle U.O. e data base centralizzato presso un sito internet (dronet)
Reperibilità dei dati ed alimentazione dei sistemi	Talvolta difficoltosa: presuppone attività continuativa e un team dedicato ad hoc o comunque risorse preposte all'incarico	Semplice ed immediata: presuppone interventi e attività periodiche da personale non particolarmente specializzato in materia

FINALITÀ GENERALI

Il DS è un sistema di autovalutazione attraverso il quale ogni responsabile del Ser.T può valutare le condizioni generali della propria unità operativa e posizionarla nello scenario regionale sulla base degli scostamenti presentati dalle medie regionali. Lo strumento non ha la finalità di garantire una valutazione esaustiva e centrata sulla complessa articolazione di tutte le attività dei Ser.T (sanitarie e psico-sociali). Questo fine deve essere quindi escluso. Il DS infatti si muove solo su sintetiche aree di setting operativo e di produttività generale (risultati intermedi) che vengono contestualizzate ed indicizzate attraverso variabili di tipo operativo e demografico.

La tecnica ha quindi lo scopo, chiaramente sintetico, di fornire una visione attraverso indicatori, dell'unità operativa utile alla riflessione manageriale, ma non alla valutazione di merito produttivo inteso come "outcome". Sarebbe non opportuno e metodologicamente inidoneo utilizzare tale strumento al fine di valutare in maniera rigida e comparata le performance dei servizi.

Lo strumento invece va visto ed utilizzato dal responsabile per evidenziare eventuali punti critici o di forza della propria organizzazione (da valutare poi nel dettaglio relativamente al nesso causale) attraverso un confronto puramente virtuale con le altre unità operative regionali omogenee.

IL SISTEMA DEGLI INDICATORI

La principale esigenza di un sistema come il Delta System è quella di basarsi su un sistema di indicatori che permettano di rendere *omogenei* servizi disomogenei, pur conservando - allo stesso tempo - la caratteristica di essere semplici e sintetici.

Essi dovrebbero inoltre fornire ai "*decision-makers*" adeguate garanzie di rappresentatività del contesto "Bisogno-Domanda-Offerta" dell'organizzazione da loro gestita.

Occorre pertanto che gli indicatori del Delta System permettano di raffigurare in modo standardizzato le "macro-grandezze" o le "macro-variabili" di tipo operativo-gestionale, al fine di permettere il confronto degli "output" di diverse realtà organizzative quali le U.O. sanitarie.

Le macro-variabili disomogenee delle diverse U.O. da analizzare fanno capo principalmente ai seguenti fattori:

- Le risorse interne dell'U.O.
- I fattori esterni di condizionamento delle U.O.



- I processi utilizzati dalle U.O.

Tab. 2: Esempio di confronto di dati disomogenei può essere raffigurato dalla tabella che segue:

DATI DI CONFRONTO	U.O. SER.T 1	U.O. SER.T 2
Pazienti in carico	1.000	500
Numero operatori	40	40
Numero prestazioni erogate	20.000	22.000

Il confronto tra le due realtà così raffigurate non ci permette di considerare più efficiente l'uno o l'altro Ser.T., in quanto occorrerebbero altre informazioni, come per esempio la natura e la complessità delle prestazioni erogate, la gravità clinica dei pazienti ecc..

Inoltre il raffronto tra valori assoluti costituisce in questo caso un indice troppo "grezzo" per permettere una valutazione oggettiva delle due realtà stesse.

Il confronto tra valori assoluti, peraltro presente nel sistema Delta System a livello di panel generale, ci permette di identificare lo scenario, le condizioni, la collocazione dell'Unità Operativa analizzata.

Tuttavia, per poter fare validi confronti di tipo prestazionale e sui *rendimenti* tra le Unità Operative, in merito alla loro efficienza, si deve passare attraverso una fase che ponga in relazione i dati disomogenei delle diverse Unità Operative indicizzandoli o rapportandoli a grandezze o variabili-indice come:

- Il numero di soggetti in trattamento.
- Il numero degli abitanti nel territorio di competenza del Ser.T.
- La superficie dei locali dell'U.O..
- Il numero di prestazioni effettuate.
- Il numero di operatori.
- Ecc...

Per fare un esempio chiarificatore, se consideriamo quattro U.O. (A, B, C, D) con due variabili non omogenee tra loro (V1 = prestazioni e V2 = numero pazienti in carico), di cui una indice (per esempio V2), per ottenere dati "omogeneizzati" rispetto a quella variabile indice dobbiamo effettuare i seguenti calcoli:

Tab. 3: Dati e risultati dell'esempio

U.O.	V1 = prestazioni	V2 = pazienti	V3 = indice = V1/V2
A	10.000	450	22,22
B	15.000	500	30
C	30.000	800	37,5
D	20.000	790	25,31
SOMMA DELLE VARIABILI INDICIZZATE (V3)			!Errore di sintassi,)
MEDIA = 115,03/4			28,76

Tab. 4: Scostamento REALE rispetto alla media delle variabili omogeneizzate:

U.O	V3 = indice	V3 medio	SCOSTAMENTO
A	22,22	28,76	-6,54
B	30	28,76	1,24
C	37,5	28,76	8,74
D	25,31	28,76	-3,45

Come si evince dalla tabella 4, l'U.O. (C) presenta valori migliori, mentre l'U.O. (A) presenta i peggiori.

Al fine di porre in relazione le variabili dimensionali e di rendimento dell'U.O., pertanto, occorre per prima cosa identificare un livello minimo indispensabile di dati di confronto, tale da garantire la standardizzazione e l'omogeneità, e successivamente occorre progettare appositi indicatori matematici ad-hoc dotati delle caratteristiche sopra definite (ovvero indicizzati in base a determinate grandezze).

I DATI DI CONFRONTO

Nella costituzione del Delta System sono stati identificati i dati di confronto minimi necessari a raggiungere gli obiettivi che ci siamo prefissati.

Ogni unità operativa quindi fornirà i dati numerici riguardanti i 35 indicatori, suddivisi in vari ambiti di interesse:

1. Dati di contesto: relativi a numero di abitanti territorio di competenza.
2. Operatori: relativi alle prestazioni delle diverse figure professionali.
3. Spazi: i dati riguardanti le caratteristiche strutturali del servizio.
4. Pazienti indice in trattamento: relativi agli utenti e alle attività che li riguardano.
5. Prestazioni: i dati relativi alle prestazioni effettuate nel servizio.
6. Costo globale: riguardante i costi dell'unità operativa nel periodo indicato.

I dati così identificati sono in seguito elaborati su tre distinti livelli:

- descrittivo – generale;
- economico/finanziario;
- avanzato.

Livello 1: Descrittivo Generale

Il primo livello di analisi è sostanzialmente un panel di raccolta dati per tipologia e categoria di variabile, che fornisce in un quadro di sintesi una chiara idea del contesto in cui opera la realtà operativa analizzata (Ser.T).

Il panel viene rappresentato nella pagina che segue:



MACRO—INDICATORI	N.
DATI DI CONTESTO	
N. di abitanti nel territorio di competenza del Ser.T	
Superficie del territorio di competenza del Ser.T	
OPERATORI	
N. operatori equivalenti	
N. ore rese/mese MEDICI	
N. ore rese/mese PSICOLOGI	
N. ore rese/mese ASS.SOCIALI	
N. ore rese/mese INFERMIERI PROFESSIONALI	
N. ore rese/mese EDUCATORI	
N. ore rese/mese AMMINISTRATIVI	
N. ore rese/mese ALTRO	
N. ore rese/mese TOTALE OPERATORI (incluso straordinari)	
N. ore rese/mese TOTALE OPERATORI (escluso straordinari)	
SPAZI	
N. totale di stanze del servizio	
N. m2 del Ser.T per OPERATORI (uso esclusivo)	
N. m2 del Ser.T per UTENTI (uso esclusivo)	
m2 TOTALI	
PAZIENTI INDICE IN TRATTAMENTO	
N. sogg. TD NUOVI AMMESSI ultimi sei mesi	
N. sogg. ALCOLDIPENDENTI NUOVI AMMESSI ultimi sei mesi	
N. sogg. TD in terapia sostitutiva presso il Ser.T	
N. sogg. TD in terapia farmacologica presso il Ser.T	
N. sogg. TD in terapia NON farmacologica presso il Ser.T	
N. sogg. TD in comunità inviati dal Ser.T	
N. sogg. TD seguiti direttamente in carcere	
N. sogg. TD in carico per segnalazioni	
N. altri sogg. TD in altri trattamenti	
N. altri sogg. ALCOLDIPENDENTI in trattamento	
N. altri soggetti in trattamento farmacologico per HIV, epatiti	
N. sogg. TOTALI in trattamento	
PRESTAZIONI	
N. visite e colloqui ultimi sei mesi	
% sogg. con U-morf POS	
% sogg. con dose di metadone > 60 mg	
N. ore/die di accesso reale al Ser.T per l'utenza	
Tempo medio di attesa per entrata in terapia sostitutiva (gg)	
COSTO GLOBALE DELL'U.O.	
Costi di competenza totali nel periodo osservato	
Rapporto (n.SOGG. IN TRATTAMENTO/n. abitanti) x 1000	

N.B.:

A) per gli operatori del comparto (1550 ore/anno) sommatoria delle ore rese (incluso gli straordinari) dai singoli operatori nell'arco dell'anno/1550.

B) per i dirigenti (1650 ore/anno): sommatoria delle ore rese (incluso gli straordinari) dai singoli dirigenti nell'arco dell'anno/1650.

**** soggetti non conteggiati precedentemente**

(1) rilevamento puntuale il 1/01 e 1/07.

(2) su cui vengono fatti interventi periodici e continuativi.

(3) rilevamento puntuale il 1/01 e 1/07 sui sogg. in trattamento con metadone da più di tre mesi, sogg. POS = almeno 1 U-morf POS negli ultimi trenta gg.

(4) rilevamento puntuale il 1/01 e 1/07 solo sui sogg. in trattamento con metadone da più di tre mesi.

Livello 2: Economico-Finanziario

Il secondo livello di analisi contempla indicatori che fanno riferimento a valori economici.

I dati posti in relazione sono quelli già identificati nel primo livello.

Per essere coerenti con il principio di semplicità e sintesi, si utilizza come grandezza economica di riferimento il costo globale dell'Unità Operativa di competenza del periodo osservato (trimestre, semestre, anno) a cui fa riferimento l'intero panel di dati generali.

Nulla vieta, in futuro, di utilizzare altri valori (es: costi del personale, costi di ricerca applicata, ecc..) per il calcolo di indicatori più analitici e più "chirurgici" come termini di paragone tra i vari Ser.T. coinvolti nella analisi.

Si illustrano di seguito alcuni macro-indicatori economici, con il relativo significato.

1) Costo medio per paziente in carico

Simbolo	Cpz
Formula di calcolo	$\frac{\text{[costo totale U.O. di competenza periodo osservato]}}{\text{[N° pazienti in carico]}}$
Significato	Esprime il costo medio relativamente al periodo osservato (mese, trimestre, semestre, anno...) per ogni paziente in carico all'U.O.
Confrontabilità	È un indicatore che permette confronti omogenei in merito alla tipologia di cure più o meno costose effettuate nel periodo sui pazienti in carico, ma va "letto" in concomitanza alla composizione dei pazienti di cui al panel generale, nella sezione "pazienti indice in trattamento". Costi alti per tipologie di pazienti con cure poco costose sono indice di scarsa efficienza.



2) Costo medio per prestazione effettuata

<i>Simbolo</i>	Cprst
<i>Formula di calcolo</i>	$\frac{\text{[costo totale U.O. di competenza periodo osservato]}}{\text{[N° prestazioni eseguite dall'U.O.]}}$
<i>Significato</i>	Esprime il costo medio relativamente al periodo osservato (mese, trimestre, semestre, anno...) per ogni prestazione indice fornita dall'U.O.. È una tipologia di costo marginale, poiché esprime quanto aumentano marginalmente i costi dell'U.O. per ogni nuova "prestazione media" effettuata.
<i>Confrontabilità</i>	È un indicatore che permette confronti omogenei in merito alla tipologia di prestazioni effettuate, se confrontato rispetto alla media delle altre U.O. con tipologia di risorse umane (operatori) e tipologia di pazienti analoghe o affini. Per esempio, basso costo medio di prestazione, se associato a cure meno impegnative e con cicli brevi non indica necessariamente maggiore efficienza nei processi.

3) Costo unitario per abitante dell'U.O.

<i>Simbolo</i>	Cab
<i>Formula di calcolo</i>	$\frac{\text{[costo totale U.O. di competenza periodo osservato]}}{\text{[N° abitanti del territorio di competenza dell'U.O.]}}$
<i>Significato</i>	Esprime il costo medio relativamente al periodo osservato (mese, trimestre, semestre, anno...) per ogni abitante appartenente al territorio coperto dall'U.O..
<i>Confrontabilità</i>	È un indicatore che permette confronti omogenei in merito alla maggiore o minore copertura finanziaria dell'U.O. in relazione all'area di competenza. Un costo per abitante elevato significa maggiori inefficienze o cure più costose a seconda degli altri fattori di ponderazione osservati nell'analisi.

Pur essendo estremamente semplici ed elementari, tutti gli indicatori economico-finanziari sopra elencati, se aggregati per la totalità delle U.O. di una Regione, possono costituire un valido elemento di confronto macro-dimensionale per il management, a condizione che gli scostamenti osservati dalla media regionale stessa vengano giudicati nel loro insieme con gli altri fattori di ponderazione, ovvero con gli scostamenti di cui al panel di primo livello (generale) e di terzo livello (avanzato), che si illustra nel prossimo paragrafo.

Livello 3: Avanzato

Il terzo livello di analisi del Delta System si avvale di indicatori semplici, composti e complessi che completano il quadro organico di confronto delle varie Unità Operative.

Essi verranno definiti in via estremamente sintetica con l'aiuto delle tabelle di seguito riportate.

1) Numero medio di pazienti in carico per operatore equivalente

<i>Simbolo</i>	Npz/OP
<i>Formula di calcolo</i>	$\frac{\text{[numero pazienti in carico]}}{\text{[N° operatori equivalenti presso l'U.O.]}}$
<i>Significato</i>	Esprime il numero medio di pazienti in carico per operatore equivalente presso l'U.O. osservata.
<i>Confrontabilità</i>	È un indicatore che permette confronti omogenei in merito al maggiore o carico di lavoro per operatore.

2) Rotazione dei pazienti

<i>Simbolo</i>	Rpz
<i>Formula di calcolo</i>	$\frac{\text{Abs[(n° paz. Inizio) + (paz.nuovi) – (n° paz. carico fine)]}}{\text{[n° paz. carico fine periodo]}}$
<i>Significato</i>	Esprime quante volte nel periodo osservato sono "ruotati" i pazienti in carico. Tanto più il valore sarà alto, minore è il tempo medio di carico dei pazienti.
<i>Confrontabilità</i>	È un indicatore che permette confronti omogenei in merito alla maggiore o minore permanenza dei pazienti presso l'U.O..

3) Giorni equivalenti di permanenza media dei pazienti

<i>Simbolo</i>	GGpz
<i>Formula di calcolo</i>	$\frac{\text{Numero giorni periodo (es:anno =365, mese = 30)}}{\text{Rpz (rotazione pazienti di periodo)}}$
<i>Significato</i>	Esprime quanti giorni mediamente sono rimasti in carico i pazienti presso l'unità operativa nel periodo osservato.
<i>Confrontabilità</i>	Esprime in modo più evidente quanto già indicato per l'indice complesso Rpz. Questo indicatore esprime in modo ottimale la capacità o potenziale "produttivo" dell'U.O.. Se si confronta questo indicatore con il costo medio prestazione, si riesce a capire se la propria U.O. è più o meno efficiente rispetto alla media.

**4) Numero medio di prestazioni per paziente in carico**

<i>Simbolo</i>	Nprst/pz
<i>Formula di calcolo</i>	$\frac{\text{Numero prestazioni del periodo}}{\text{Numero pazienti in carico}}$
<i>Significato</i>	Esprime il numero medio delle prestazioni effettuate per paziente in carico all'U.O. nel periodo osservato.
<i>Confrontabilità</i>	Il macro-indicatore in questione fornisce, se aggregato, un modo semplice ma valido per misurare la complessità delle terapie effettuate (o la lunghezza temporale delle stesse) al fine di osservare la tipologia di paziente presso l'U.O. analizzata rispetto alla media regionale.

5) Percentuale dei pazienti in carico sulla popolazione di competenza dell'U.O.

<i>Simbolo</i>	Pz%
<i>Formula di calcolo</i>	$\frac{\text{Numero pazienti in carico}}{\text{Numero abitanti per area comp.U.O.}} \%$
<i>Significato</i>	Esprime il peso percentuale dei pazienti in carico all'U.O. rispetto alla popolazione di competenza dell'U.O. osservata.
<i>Confrontabilità</i>	Questo macro-indicatore indica lo scenario o l'ambiente in cui opera l'U.O., ponendo in relazione alla popolazione di riferimento dell'U.O. il numero di pazienti (esprime lo stato di "salute" della popolazione di competenza).

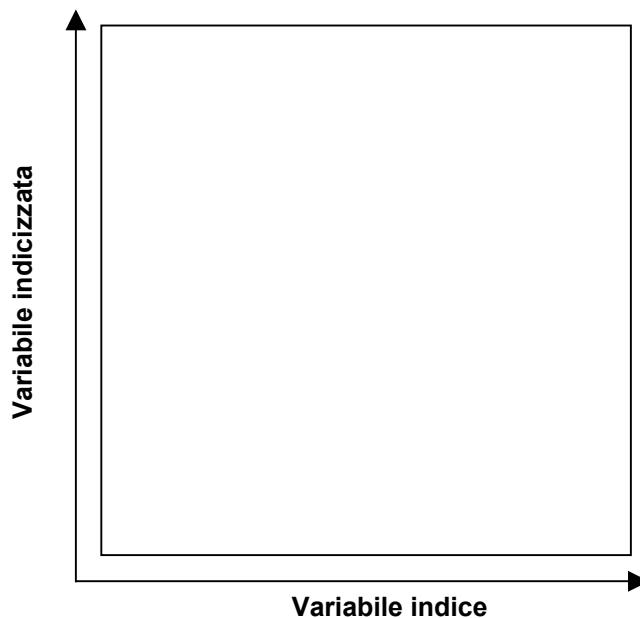
MAPPATURA DI POSIZIONAMENTO

Una volta calcolati gli indicatori, esistono le basi per costruire con gli indicatori stessi una *mappatura di posizionamento* delle Unità Operative rispetto alla media e/o mediana degli indicatori stessi, che rappresenterebbe un modo estremamente chiaro e sintetico per condensare tutte le informazioni ricevute in una sola pagina di grafici, comprensibili immediatamente a colpo d'occhio.

Cosa è la mappa di posizionamento

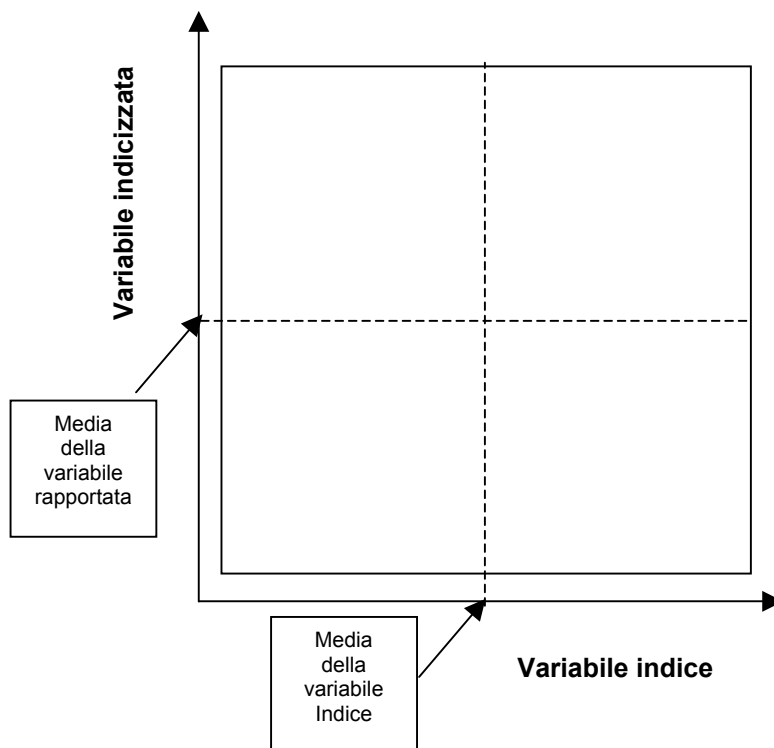
La mappa di posizionamento è un grafico a due dimensioni, avente sull'asse delle ascisse la variabile indice, e sulle ordinate la variabile posta in relazione o "rapportata" o "indicizzata".

Fig. 3: Mappa di posizionamento



In corrispondenza del valore medio di tutte le variabili indice rilevate si traccia una retta verticale che interseca la retta corrispondente alla media delle variabili indicizzate (orizzontale).

Fig. 4: Costruzione della mappatura di posizionamento

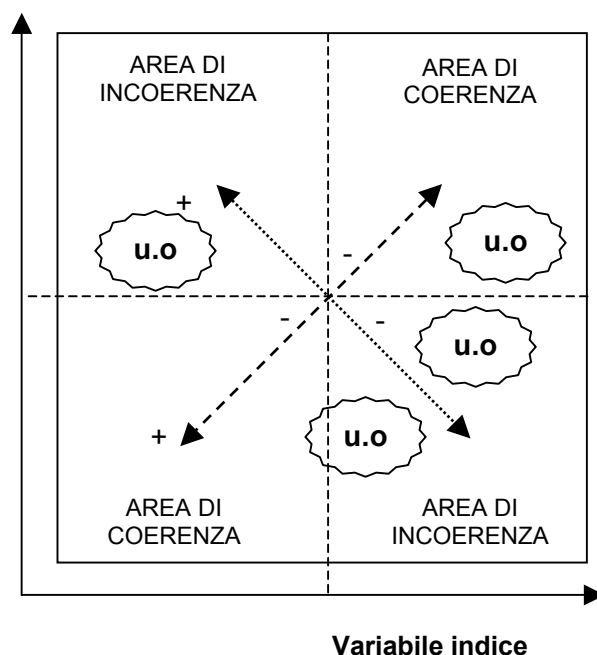




Queste due rette formano quattro quadranti aventi, rispetto all'origine data dalla intersezione delle rette stesse, superfici corrispondenti a situazioni "di posizione" dell'U.O. specifiche.

Aree diametralmente opposte a due a due formano aree di coerenza o di bilanciamento e aree di incoerenza.

Fig. 5: Collocazione delle Unità Operative all'interno della mappa



... e muovendosi tra le aree dall'origine delle rette di media e/o mediana delle variabili, verso l'esterno, aumenta la coerenza o l'incoerenza dell'U.O. posizionata rispetto alle altre.

Gli indicatori scelti per le mappe di posizionamento, portano ad individuare le aree di coerenza in modo da collegare le stesse al concetto di dimensione dell'U.O. (dimensionalmente grandi o piccole).

Gli indicatori scelti per le mappe di posizionamento sono stati individuati in quattro rapporti, ma se ne potrebbero aggiungere altri a seconda delle esigenze di analiticità e articolazione del modello:

- (media numero operatori equivalenti) / (media pazienti in trattamento presso l'U.O.)
- (media pazienti in trattamento) / (superficie media dell'U.O.)
- (abitanti area competenza U.O.) / (media pazienti in trattamento)
- (media pazienti in trattamento) / (media numero di prestazioni rese dall'U.O.).

A seconda degli indicatori, si hanno 4 diverse mappe, con aree di coerenza e di incoerenza con significati diversi.

Fig. 6: Classificazione delle aree nella mappatura

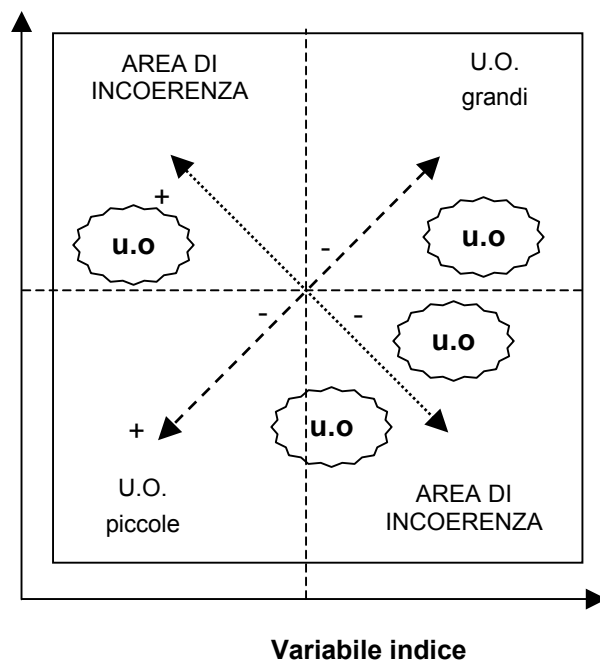


Fig. 7: Mappa di posizionamento rispetto al rapporto 1 (media numero operatori equivalenti) / (media pazienti in trattamento presso l'U.O.)

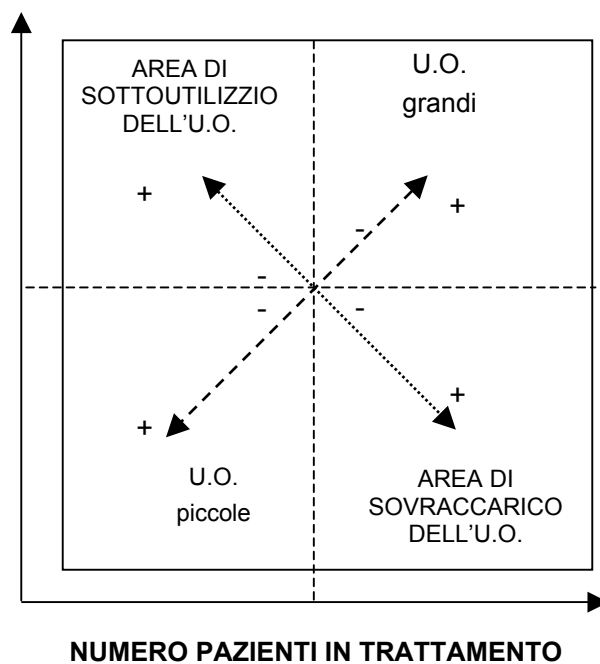




Fig. 8: Mappa di posizionamento rispetto al rapporto 2 (media pazienti in trattamento) (superficie media dell'U.O.)

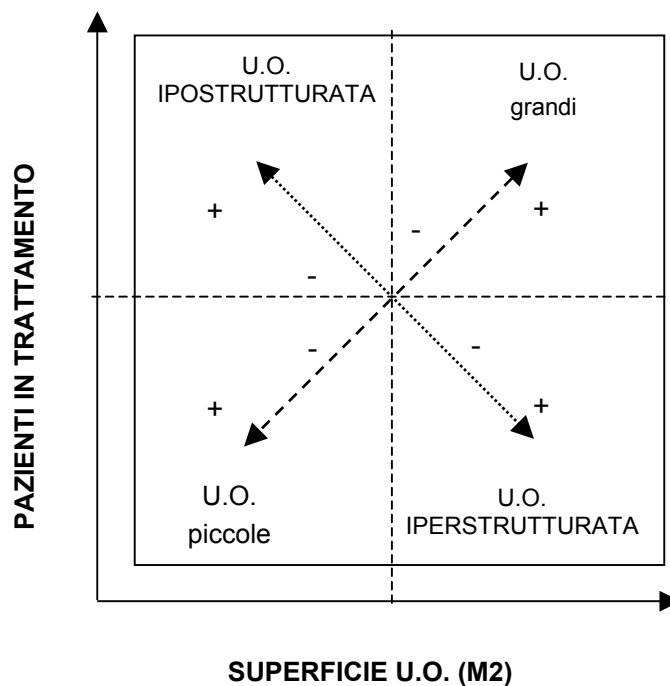


Fig. 9: Mappa di posizionamento rispetto al rapporto 3: (abitanti area competenza U.O.)/(media pazienti in trattamento)

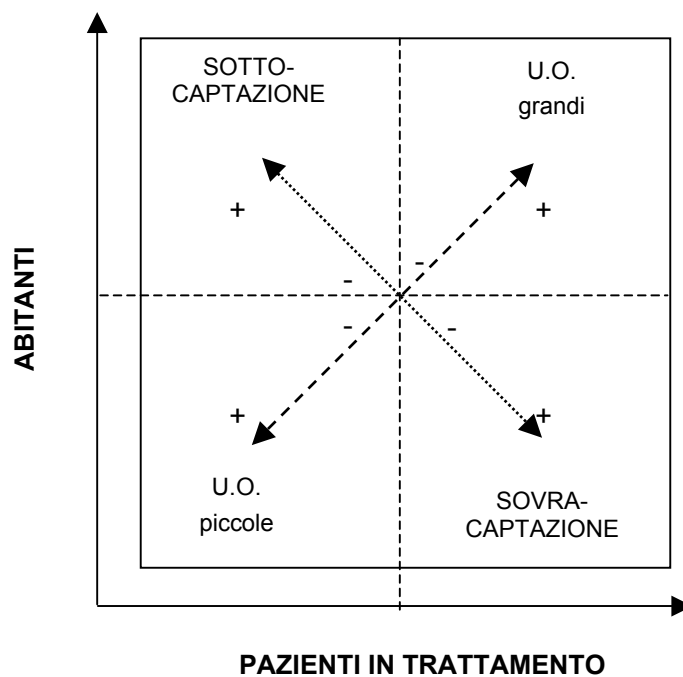
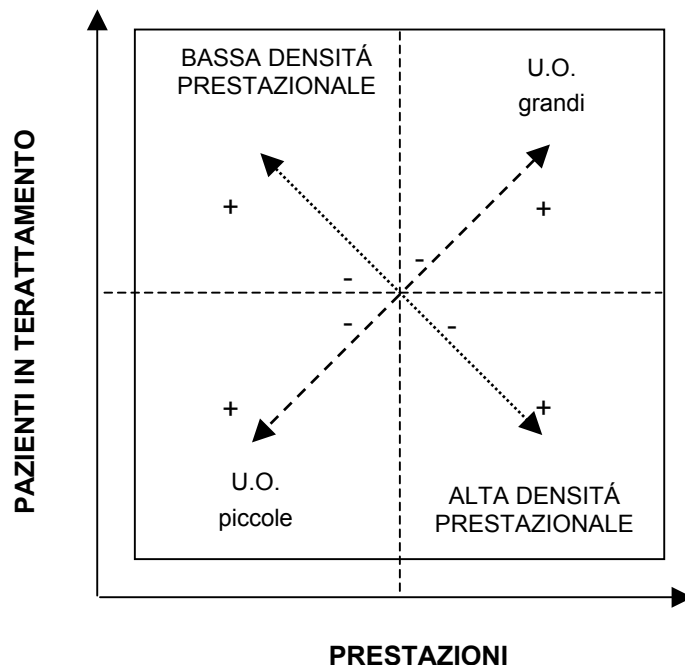


Fig. 10: Mappa di posizionamento rispetto al rapporto 4: (media pazienti in trattamento)/(media numero di prestazioni rese dall'U.O.)



L'INPUT DEI DATI NEL DELTA SYSTEM

DS prevede l'inserimento dei dati direttamente da parte di ogni singolo Ser.T, attraverso l'utilizzo di una Scheda di Input standardizzata, utilizzabile sia in formato cartaceo che elettronico.

L'inserimento dei dati è infatti possibile attraverso 3 modalità:

1) Inserimento dati su formato cartaceo ed invio via fax allo Staff Dronet, che provvederà all'inserimento. (Sconsigliato: sia per possibili problemi legati al mezzo fax, quali difficoltà di lettura, guasti etc., sia per possibili errori nell'inserimento e soprattutto l'impossibilità di garantire al 100% la "privacy" dei dati).

2) Inserimento dati su formato elettronico (file formato Excell su floppy disk da 1.44) ed invio dello stesso allo Staff Dronet che provvederà alla trasduzione all'interno del sistema DS.

(Sconsigliato: l'esistenza di sistemi operativi differenti ed incompatibili rende l'impresa complessa. Inoltre l'invio postale del dischetto comporta spesso un suo danneggiamento e/o smagnetizzazione dello stesso oltre al rischio di passaggio di virus.

3) Inserimento diretto, all'interno del sito Dronet, nella form di inserimento dati DS.

(Consigliato: rende il servizio autonomo, in grado cioè di inserire direttamente i dati che lo riguardano, senza il rischio di incappare in uno dei problemi/errori/ritardi di cui sopra).

DS utilizza un sistema automatico che avvisa i servizi 15 e 5 giorni prima della scadenza prevista per la compilazione della scheda, attraverso l'invio di una mail al responsabile del Ser.T ed alla Direzione Generale.

Sempre in automatico, il sistema verifica la presenza dei dati e, qualora la compilazione non sia ancora avvenuta, invia una mail di sollecito a 10 giorni dopo la scadenza dei termini. I solleciti previsti sono 3: a 10, 20 e 30 giorni dal termine ultimo previsto. Dopo il terzo sollecito,



sempre in automatico, il sistema esporrà il banner *“Dati richiesti ma non forniti”* ed invierà la stessa comunicazione presso la Direzione Generale ed agli Uffici Regionali competenti.

MODALITÀ DI FUNZIONAMENTO DELL'INSERIMENTO DIRETTO

Il modo più semplice e rapido per inserire i dati relativi al sistema di autovalutazione comparata, delta system, è di accedere direttamente al sito Dronet, digitando www.dronet.org. Il percorso da seguire è il seguente: dalla Home-page di Dronet selezionare una qualunque delle aree operatori (tutti, alcologia, Ser.T, Comunità). Nella pagina visualizzata scegliere il link *“Delta-System”*, che porterà alla finestra di selezione della Unità Operativa. Qui cliccare sul pulsante *“Inserisci Dati”*: verrà visualizzata una *“Finestra di Login”* che richiede l'inserimento del Nome Utente e della password, preventivamente comunicata al Responsabile di ciascun servizio. A questo punto, si presenterà all'operatore una finestra appositamente predisposta tramite la quale potrà inserire ed inviare con facilità i propri dati al sistema. All'interno della scheda di immissione sono riportate tutte le voci relative al delta system in maniera analoga alla versione cartacea. È bene ribadire che oltre alle summenzionate voci viene richiesto di dare o negare il proprio consenso alla visione da parte di altri servizi dei dati inseriti (e dei relativi scostamenti dalla media regionale) ed analogamente di dare o negare il consenso alla visualizzazione pubblica dei propri dati. Nel caso in cui un servizio non autorizzi la visione dei propri dati questi saranno accessibili solo al servizio medesimo ed ai centri direttivi regionali. Tutti gli altri visitatori vedranno visualizzata la scritta: *“Dati presenti ma visionabili con richiesta al responsabile del Ser.T.”*

Se un servizio non imputerà i dati richiesti verrà visualizzata la scritta: *“Dati richiesti, ma non forniti.”*

ACCESSO AI DATI ELABORATI

L'accesso ai dati elaborati (scostamenti) per ogni singola unità operativa è regolamentato dalla Regione. Attualmente è consentito al responsabile del servizio attraverso specifica password per quanto riguarda i propri dati. Il responsabile, all'atto dell'input dati, potrà attivare una specifica opzione al fine di permettere la visualizzazione diretta dei dati di scostamento della propria unità operativa, da parte di altri operatori o del pubblico.

Alla voce: *“Acconsento che questi dati possano essere visionati”* anche

- da altri Ser.T ☐ NO ☐ SI
- dal Pubblico ☐ NO ☐ SI.

Se sceglie SI ➔ Nessuna Riserva: il dato è di dominio pubblico.

Se sceglie NO ➔ Dato Riservato: la visione dei dati è consentita solo al Ser.T che inserisce i dati ed ai Centri Regionali.

Con questa opzione attiva, agli altri servizi comparirà il banner (la scritta)

“Dati presenti ma visionabili con richiesta al responsabile del Ser.T.”

L'accesso a tutti i dati è previsto esclusivamente per la Regione.

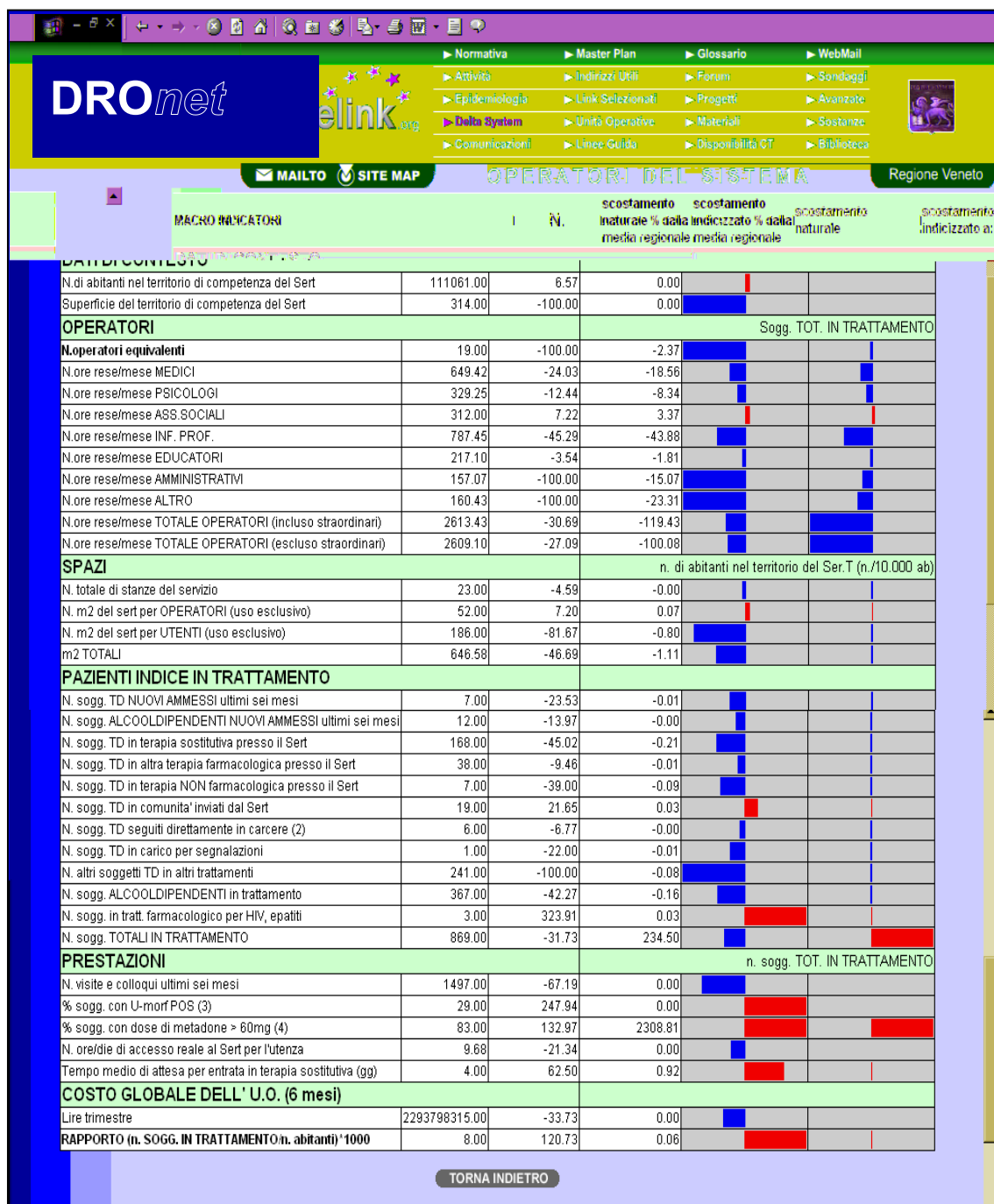
CALCOLO DEGLI SCOSTAMENTI

Il DS viene alimentato con i dati provenienti da ogni singola unità operativa. A partire da questi dati vengono calcolate le medie regionali per singolo indicatore. Successivamente i dati di ogni singolo servizio vengono comparati automaticamente con queste medie e calcolati gli scostamenti.

Gli scostamenti vengono calcolati e in modo da fornire:

- *Scostamenti naturali*: rapportati alla media regionale (rappresentanti lo scostamento percentuale dalla media regionale)
- *Scostamenti indicizzati*: calcolati rapportando il valore inserito con dati demografici e statistici quali ad esempio il numero di abitanti, il numero di soggetti in trattamento eccetera.

Fig. 11: Layout di presentazione degli scostamenti





CONCLUSIONI

Il presente modello teorico relativo al Delta System rappresenta un approccio metodologico alle problematiche di sistemi di controllo e di autovalutazione per settori, fatte in condizioni di assenza di indagini “di mercato” e “di scenario” già consolidate e/o esaustive, come nel caso delle Unità Operative Sanitarie.

Ovviamente il modello di cui si è trattato non ha pretese esaustive del problema, ma rappresenta una base su cui iniziare a sviluppare modelli futuri più sofisticati aventi finalità di precisione sempre maggiori.

La contropartita è rappresentata dal maggior tempo e dalle maggiori risorse da impiegare per la elaborazione dei dati.

Pertanto l'eventuale ed auspicabile sviluppo del modello Delta System stesso dovrà essere un valido compromesso tra complessità e precisione dei dati contro maggiore e più frequente richiesta di dati sempre più articolati.

ALLEGATO 1

MANUALE D'USO E SPECIFICHE PER LA COMPILAZIONE DELLA SCHEDA DI INPUT

Generale

- Per quanto concerne *l'utilizzo dei dischetti*, nel caso di invio della pagina Excell in formato elettronico, è necessario esplicitare la firma del responsabile del servizio e, possibilmente, anche di colui che si è occupato direttamente della compilazione: ciò consentirà di avere più di un referente autorizzato con cui interloquire ed un accreditamento del materiale pervenutoci.
- Per quanto riguarda gli *invii di fax*, si è reso necessario richiedere la compilazione *non manuale* della scheda, poiché la scrittura a mano ha comportato grosse difficoltà e numerosi errori di lettura da parte degli operatori adibiti all'inserimento dei dati Delta-System nei tabulati di elaborazione.
- *Utilizzazione dello 0*: per uniformare le risposte ai quesiti e consentire una più facile (ovvero rapida) interpretazione ed inserimento dei dati fornitici nei Database in elaborazione, si chiede che per tutte le risposte in cui si sia finora utilizzato lo sbarrato o si siano lasciate in bianco, venga utilizzata la cifra 0. Ciò consentirà di interpretare gli spazi in bianco come incapacità del servizio di ottenere i dati in questione, permettendoci di individuare le difficoltà reali del servizio stesso di reperire, temporaneamente o meno, l'informativa.
- Si ricorda che gli *spazi in bianco*, rappresentanti l'impossibilità del servizio di fornire i dati richiesti, dovrebbero essere il minor numero possibile, possibilmente tendenti a 0, per consentire un'uniformità del flusso di dati tale da non compromettere gli scopi della rilevazione stessa.

Rilevamento

Il campionamento dei dati viene richiesto ogni *X time*. È necessario esplicitare in maniera esatta il periodo di tempo in esame es. *X time – Y time*, oppure dati *del mese di...*, (intendendo lo stato delle cose *al mese di...*).

Anagrafica

È necessario riportare con precisione il n. del Ser.T in questione e l'ULSS di appartenenza. È un dato all'apparenza scontato, ma più di qualche servizio ha ommesso il dato mentre alcuni hanno "sbagliato". Tale inserimento semplificherà le operazioni di inserimento dati, consentendo agli operatori di classificare ed archiviare i dati della scheda in modo veloce e preciso.

Attenzione

Data la complessità dell'inserimento dei dati inviatici all'interno dei database del sistema, ed il conseguente notevole allungamento dei tempi di lavoro, necessari per ricontattare i servizi e richiedere la riesplorazione dei dati richiesti, diamo avviso che dati incompleti, graficamente incomprensibili, equazioni in sostituzione di risultati, cifre non espresse in numeri ma in lettere e costi incompleti di tutti i decimali non verranno accettati, ma considerati nulli.



A. DATI DI CONTESTO

A.1 “N. DI ABITANTI NEL TERRITORIO DI COMPETENZA DEL SER.T”

Si richiede qui il numero di abitanti residenti sul territorio di competenza del Ser.T in analisi.

Tale dato è rintracciabile presso i seguenti servizi dell'ULSS di competenza: Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Ufficio Controllo di Gestione.

Inoltre, se non fosse altrimenti possibile, è richiedibile presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune (soprattutto in riferimento al “Piano di Zona”).

A.2 “SUPERFICIE DEL TERRITORIO DI COMPETENZA DEL SER.T (KM²)”

Il dato qui richiesto è l'esplicitazione in chilometri quadrati dell'estensione del territorio di competenza del Servizio in esame. Come per il precedente, è possibile ottenere tale dato dai seguenti uffici referenti: dell'ULSS di competenza: Direzione Generale, Direzione Sanitaria, Ufficio Controllo di Gestione.

Inoltre, se non fosse altrimenti possibile, è richiedibile presso l'Ufficio Servizi Sociali del Comune (soprattutto in riferimento al “Piano di Zona”).

B. OPERATORI

B.1 “N. OPERATORI EQUIVALENTI”

Il calcolo degli operatori equivalenti viene effettuato necessariamente su base annua.

Si deve procedere nella maniera seguente:

B.1.a - per gli **Operatori del Comparto** [1550 ore/anno]:

si tratta di operatori *non* dirigenti di 9° livello, con un monte ore annuale di 1550 ore.

Vengono compresi tra questi tutti gli operatori citati nei punti da B4 a B8.

Σ^1 delle ore rese dei singoli operatori nell'arco dell'anno (incluso gli straordinari)
1550

B.1.b – per i **Dirigenti** [1650 ore/anno]:

si tratta di Dirigenti di 9° livello, con monte ore annuale di 1650 ore.

Vengono compresi tra questi tutti gli operatori citati nei punti B2 e B3.

Σ^1 delle ore rese dei singoli dirigenti nell'arco dell'anno (incluso gli straordinari)
1650

Il calcolo di B.1 **Operatori Equivalenti** risulterà pertanto dalla somma dei risultati ottenuti sopra.

$$B.1.a + B.1.b$$
B.2-B.7 “N.ORE RESE/PERIODO INDICATO”

Nei punti da B.2 a B.7 viene richiesto il calcolo della somma delle ore lavorate dagli Operatori, suddividendole per categoria professionale di appartenenza. È un dato semplicemente ottenibile dalla consultazione dei cartellini di presenza nel periodo di tempo richiesto.

B.8 “N.ORE RESE/PERIODO INDICATO ALTRO”

L'informazione richiesta nel punto B.8 è analoga alle precedenti, ma, dato che ha creato più di qualche perplessità, esplicitiamo la domanda in maniera più precisa. Con “ALTRO” facciamo riferimento alla collaborazione con una qualche figura professionale, diversa da quelle precedentemente osservate, in forza al servizio in questione. Qualora tutte le figure professionali che lavorano nel servizio rientrino nei punti precedenti, si prega di inserire la cifra 0.

B.9 “N. ORE RESE/PERIODO INDICATO TOTALE OPERATORI (INCLUSO STRAORDINARI)”

L'operazione da compiere per ottenere il dato richiesto è:

$$B.2 + B.3 + B.4 + B.5 + B.6 + B.7 + B.8$$
B.10 “N. ORE DOVUTE/PERIODO INDICATO TOTALE OPERATORI (ESCLUSO STRAORDINARI)”

Viene qui richiesto il calcolo della somma delle ore dovute, per il periodo indicato, da parte di tutti gli operatori, ovvero

$$\Sigma [(Ore\ dovute\ Medici) + (Ore\ dovute\ Psicologi) + (Ore\ dovute\ Ass.\ Sociali) + etc\ (Ore\ dovute\ Altro)]$$

Con “Ore dovute”, si intende il numero di ore lavorative previste da contratto, che l'operatore dovrebbe fare nel lasso di tempo indicato in base al suo inquadramento (*Full Time* o *Part Time*); non si considereranno in tale calcolo, pertanto, gli straordinari o quant'altro, ma unicamente le ore previste.

C. SPAZI**C.1 “N. TOTALE DI STANZE DEL SERVIZIO”**

Andranno conteggiate, in questa sede, tutte le varie stanze del servizio, bagni, archivi e cucine incluse.

**C.2 “M² DEL SER.T PER OPERATORI (USO ESCLUSIVO)”**

Vengono calcolati a questo punto i m² del servizio ad esclusivo appannaggio degli operatori: si tratta degli spazi dedicati unicamente ad essi, dove, di solito, non è previsto l'accesso dei pazienti.

C.3 “M² DEL SER.T PER UTENTI (USO ESCLUSIVO)”

Vengono calcolati a questo punto i m² del servizio ad esclusivo appannaggio degli utenti: si tratta degli spazi dedicati unicamente ad essi: ambulatori, sale di attesa, punti prelievo e terapia etc..

C.4 “M² TOTALI” (PER OPERATORI + PER UTENTI + SPAZI PROMISCU)

Vengono qui richiesti i dati relativi alla metratura quadrata totale del servizio. È un dato reperibile attraverso l'Ufficio Tecnico della ULSS di competenza. Si tratta di una cifra desumibile dalla semplice sommatoria dei punti C.2 + C.3, più le metrature per gli ambienti ad uso promiscuo, quelli, cioè, il cui utilizzo è da parte sia degli operatori del servizio che da parte dell'utenza.

Qualora in un Servizio siano presenti sia un Ser.T che un Servizio di Alcologia, gli spazi andranno considerati insieme, come struttura unica. La presenza, invece, all'interno della Struttura, di una Comunità Diurna, non va considerata nell'ambito dei calcoli in questione.

D. PAZIENTI INDICE IN TRATTAMENTO**D.1 “N. SOGGETTI TD NUOVI AMMESSI/PERIODO”**

Viene richiesto qui il dato riguardante il numero di soggetti mai visti prima nel periodo indicato. Si tratta di identificare il numero di nuovi utenti presi in carico dal servizio nel periodo di tempo considerato o alla data indicata (sicché avremo i nuovi utenti ammessi dal....al...).

D.2 “N. SOGGETTI ALCOLDIPENDENTI NUOVI AMMESSI/PERIODO”

La domanda è analoga alla precedente: vogliamo sapere il numero di nuovi soggetti Alcolodipendenti presi in carico dal servizio nel lasso di tempo indicato dalla domanda.

Pazienti in trattamento diretto

Le richieste di dati comprese tra il punto D.3 e D.11 sono rivolte a precisare dei dati specifici riguardanti unicamente pazienti in trattamento diretto presso il Ser.T in questione. Per “Trattamento Diretto” si intendono tutti quei trattamenti che vengono fatti presso il servizio e direttamente dagli operatori del Ser.T. All'interno di tale spazio [indicato con la scritta “In trattamento Diretto”] gli utenti andranno conteggiati una ed una volta soltanto [es.1 se il paziente X, in terapia non farmacologica presso il Ser.T (domanda D.4), viene segnalato dalla Prefettura per un art. 75, tale presa in carico da parte del Ser.T non verrà conteggiata ulteriormente, essendo il paziente X già contato in D.4]; [es. 2 il paziente Y, in trattamento farmacologico per HIV (o Epatiti) presso il servizio, verrà inserito in D.11 soltanto se non già conteggiato precedentemente.

D.3 “N. SOGGETTI TD IN TERAPIA SOSTITUTIVA PRESSO IL SER.T”

Si chiede, a questo punto, il numero di soggetti tossicodipendenti in terapia sostitutiva, in trattamento diretto da parte del servizio. Con *terapia sostitutiva* intendiamo la terapia farmacologica sostitutiva attuata con Metadone o Buprenorfina.

IN TRATTAMENTO DIRETTO**D.4 “N. SOGGETTI TD IN ALTRA TERAPIA FARMACOLOGICA PRESSO IL SER.T”**

Viene richiesto, a questo punto, il numero dei pazienti che, presso il Ser.T, fruiscono di una terapia farmacologica differente da quella sopra osservata e, ripetiamo, non sono già stati conteggiati altrove.

IN TRATTAMENTO DIRETTO

Con Altra Terapia intendiamo, per esempio:

Terapia Antagonista (Naltrexone)

Terapia Antiastinenziale (es. Clomidina, Trazodone, ecc.)

Terapia Sintomatica (...chiaramente diversificata a seconda della patologia)

D.5 “N. SOGGETTI TD IN TERAPIA NON FARMACOLOGICA PRESSO IL SER.T”

Chiediamo a questo punto di indicare il numero di soggetti TD in trattamento diretto da parte del servizio con una terapia unicamente non farmacologica.

Con tale definizione indichiamo, per esempio:

IN TRATTAMENTO DIRETTO

- Colloqui di tipo Psicologico/Psichiatrico Individuali
- Colloqui di tipo Psicologico/Psichiatrico di Gruppo

D.6 “N. SOGGETTI TD IN COMUNITÀ INVIATI DAL SER.T”

Si chiede semplicemente il numero di utenti tossicodipendenti in carico presso il servizio, inviati, nel periodo in esame o alla data X, dal servizio stesso ad una comunità terapeutica, ovvero una struttura a carattere residenziale o semiresidenziale, dove il paziente segue un programma riabilitativo. Anche per l'invio in comunità, vige la regola che impone di conteggiare l'utente solo se non già inserito in un altro punto.

IN TRATTAMENTO DIRETTO**D.7 “N. SOGGETTI TD SEGUITI DIRETTAMENTE IN CARCERE”**

La richiesta qui è centrata sull'individuare il numero di soggetti TD, in carico presso il servizio considerato, al momento in carcere, sui quali vengono effettuati interventi periodici e continuativi.

Qualora gli interventi sui pazienti siano condivisi con altri Ser.T, i soggetti andranno conteggiati solo dai servizi (partecipanti all'intervento) competenti per territorio, in base alla residenza del paziente.

IN TRATTAMENTO DIRETTO**D.8 “N. SOGGETTI TD IN CARICO PER SEGNALAZIONI”**

L'interesse è qui incentrato sull'individuazione del numero di soggetti TD in carico per segnalazioni da parte della Procura della Repubblica o della Prefettura (art. 75 ed art. 121 D.P.R. 309/90). In questo caso andranno considerati e conteggiati tutti i soggetti segnalati ma



evidenziando in NOTA quanti di questi sono già stati conteggiati precedentemente (inseriti, ad esempio, in Terapie Farmacologiche..).

IN TRATTAMENTO DIRETTO

D.9 “N. ALTRI SOGGETTI TD IN ALTRI TRATTAMENTI”

In questa sede vengono conteggiati tutti i trattamenti che non ricadono in una delle categorie precedenti. Vi possono, ad esempio, rientrare tutti gli interventi non standard o sperimentali, oppure il reinserimento lavorativo (SIL) etc. Come per gli altri punti, anche questo dato va inserito solo se il soggetto non è stato già inserito in una delle altre categorie di trattamento.

IN TRATTAMENTO DIRETTO

D.10 “N. SOGG. ALCOLDIPENDENTI IN TRATTAMENTO”

Si chiede di indicare il numero di soggetti alcolodipendenti in trattamento presso il servizio nel periodo di tempo considerato. Con trattamento intendiamo interventi di tipo farmacologico e non, come ad esempio:

Interventi farmacologici:	- Anticraving (Alcover)
	- Antagonisti (Antabuse)
Interventi non farmacol.:	- Colloqui di tipo Psicologico/Psichiatrico Individuali
	- Colloqui di tipo Psicologico/Psichiatrico di Gruppo

IN TRATTAMENTO DIRETTO

D.11 “N. SOGG. IN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO PER HIV, EPATITI”

La domanda chiede di indicare il numero di soggetti in trattamento farmacologico per HIV ed Epatiti, direttamente presso il Ser.T. Verranno quindi conteggiati solo i pazienti trattati direttamente dagli operatori del Ser.T e presso il servizio.

Qualora in un servizio vengano distribuiti farmaci a pazienti non in carico al servizio, ma su richiesta di una struttura diversa, tali pazienti NON vanno conteggiati in questa sede.

IN TRATTAMENTO DIRETTO

D.12 “N. SOGG. TOTALI IN TRATTAMENTO”

La risposta a questa domanda rappresenta l'insieme di tutti i pazienti in trattamento diretto presso il servizio interessato. Viene calcolata sommando i punti da D.3 a D.11, ovvero:

$$\Sigma (D.3 + D.4 + D.5 + D.6 + D.7 + D.8 + D.9 + D.10 + D.11)$$

IN TRATTAMENTO DIRETTO

E. PRESTAZIONI

E.1 “N. VISITE E COLLOQUI /PERIODO”

Si chiede, a questo punto, di indicare il numero di visite mediche e colloqui psicologici o psichiatrici effettuati nel periodo di tempo considerato, secondo i parametri regionali sui carichi di lavoro.

E.2 “% SOGG. CON U-MORF POS”

Viene chiesto di indicare la percentuale di soggetti con positività ad almeno 1 dosaggio negli ultimi 15 giorni, alla data di compilazione, al test per le morfinurie. Tale percentuale andrà calcolata unicamente sul totale dei soggetti che hanno eseguito tali esami nel periodo di tempo indicato.

E.3 “% SOGG. CON DOSE DI METADONE > 60 MG”

La domanda chiede di indicare la percentuale di soggetti TD in trattamento farmacologico sostitutivo, con una dose quotidiana di Metadone maggiore di 60 mg.

Tale rilevazione va effettuata con i dati ottenuti alla data di compilazione della scheda.

E.4 “N. ORE/DIE DI ACCESSO REALE AL SER.T PER L’UTENZA”

Si chiede di indicare il tempo medio settimanale di apertura del servizio. Con accesso reale al Ser.T, intendiamo il numero di ore giornaliere in cui le porte della struttura rimangono realmente aperte al pubblico, con attività concrete. Pertanto non si devono qui considerare le ore in cui, con le porte chiuse, si ricevono pazienti su appuntamento, né altro che esuli dal periodo giornaliero di reale apertura del servizio.

$$\frac{\Sigma \text{ (Ore settimanali di Accesso Reale al Ser.T)}}{\text{Numero di gg settimanali di apertura del servizio}}$$
E.5 “TEMPO MEDIO DI ATTESA PER ENTRATA IN TERAPIA SOSTITUTIVA (GG)”

Chiediamo qui il tempo medio di attesa, in giorni, che un utente deve far trascorrere per poter entrare in terapia farmacologica sostitutiva presso il servizio. Correttamente si calcola ottenendo una media dei tempi di attesa realmente osservati che gli utenti hanno aspettato, dal momento della domanda, per poter entrare in terapia sostitutiva (1° giorno di assunzione). Se il Ser.T non prevede il monitoraggio sistematico di questi tempi, si potrà calcolare ricostruendo i tempi degli ultimi 10 soggetti entrati in terapia oppure stimandolo senza calcoli. In questo ultimo caso andrà riportata in NOTA la dizione “Dato Stimato”.

F. COSTO GLOBALE DELL’U.O.**F.1 “COSTO PERIODO INDICATO”**

Si chiede di indicare il costo globale (quindi comprensivo di tutte le voci inseribili) che l’Unità Operativa in esame ha avuto nel periodo di tempo indicato. Tale dato è reperibile presso gli Uffici di Controllo di Gestione.

Come anticipato precedentemente, si prega, all’atto della compilazione, di scrivere esattamente la cifra, per esteso con tutti i decimali espressi e senza l’ausilio di termini sostitutivi.

G. RAPPORTO(N. SOGG. IN TRATTAMENTO/N. ABITANTI)*1000



BIBLIOGRAFIA

- Aas IH. A qualitative study of the organizational consequences of telemedicine. J Telemed Telecare 2001
- Achenbach S, Alfke H, Klose KJ. Teleteaching with CONRAD. From collected cases to interactive learning system]. Radiologe 1997
- Alessi N. Geriatric telepsychiatry: no matter the population, the questions remain the same--a commentary. J Geriatr Psychiatry Neurol 2001
- Baker AM, Lafata JE, Ward RE, Whitehouse F, Divine G., A Web-based diabetes care management support system. Jt Comm J Qual Improv, 27(4): 2001
- Bergsneider C, Piraino D, Fuerst M A web implementation: the good and the not-so-good. J Digit Imaging, 14(2 Suppl 1): 2001
- Brenner V., Psychology of computer use: XLVII. Parameters of Internet use, abuse and addiction: the first 90 days of the Internet Usage Survey. Psychol Rep, 1997
- Huang, A. H. *Online Training: A New Form of Computer-Based Training* Journal of education for business: 1997
- Johnston D, Jones BN 3rd. Telepsychiatry consultations to a rural nursing facility: a 2-year experience. J Geriatr Psychiatry Neurol 2001
- Kingsnorth AN, Campbell JK, Vranich A. Teleteaching--a practical and economical method of delivering surgical education. Ann R Coll Surg Engl 1999
- Masero V, Moreno J, Andres F, Silva A, Chambel J, Uson J. Telereconstruction from computerized tomography images for the distance teaching of medicine. J Telemed Telecare 2000;6 Suppl 2
- Matarrese P, Helwig A., The development and assessment of Web-based health information for a corporate Intranet-a pilot study. Proc AMIA Symp, 2000
- Matthies HK, Walter GF, Brandis A, Stan AC, Ammann A, von Jan U, Porth AJ. The interactive use of networking multimedia--innovative education resource for professionals and patients. Stud Health Technol Inform 1999
- May C, Gask L, Atkinson T, Ellis N, Mair F, Esmail A. Resisting and promoting new technologies in clinical practice: the case of telepsychiatry. Soc Sci Med 2001
- Peuker ET, Filler TJ, Jerosch J, Held W. [Possibilities of multimedia online teaching in medical education]. Zentralbl Gynakol 1998
- Rohland BM. Telepsychiatry in the heartland: if we build it, will they come? Community Ment Health J 2001
- Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB Evidence-based Medicine: How to Practise and Teach EBM Second Edition. Churchill Livingstone: Edinburgh, 2000.
- Stalidis G, Prentza A, Vlachos IN, Anogianakis G, Maglavera S, Koutsouris D., Intranet health clinic: Web-based medical support services employing XML. Stud Health Technol Inform, 2000
- Stephenson J., Using the Internet to facilitate computerized patient records. Med Group Manage J, Suppl 2000
- Talli M., D'Andrea A., Cantelmi T., "Strumenti per la valutazione della IAD-PCU", Formazione Psichiatrica, XIX 1-2, 1998
- Vought RG, Grigsby RK, Adams LN, Shevitz SA. Telepsychiatry: addressing mental health needs in Georgia. Community Ment Health J 2000
- Wasson JH, James C, Implementation of Web-based interaction technology to improve the quality of a city's health care. J Ambulatory Care Manage, 2001
- Werner A. Unanswered questions about telepsychiatry. Psychiatr Serv 2001
- Wulff HR. Rational Diagnosis and Treatment; Evidence-based Clinical Decision Making. Oxford: Blackwell Science, 2000.

